No 21
5

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉPITHÉLIOMA

DE LA FACE INTERNE DE LA JOUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Janvier 1901

PAR

Minko TELTCHAROFF

Né à Karlovo (Bulgarie), le 27 novembre 1874

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

G. FIRMIN ET MONTANE, IMPRIMEURS DE L'UNIVERSITÉ

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
HAMELIN (✻) . . . . Assesseur

Professeurs

Hygiène . . . . MM.	BERTIN-SANS. ✻
Clinique médicale	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. Puech.	
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements. . . . . MM.	VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	IMBERT L., agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. PUECH	MM. RAYMOND
RAUZIER	VALLOIS	VIRES
LAPEYRE	MOURET	IMBERT
MOITESSIER	GALAVIELLE	BERTIN-SANS
de ROUVILLE		

M. H. GOT, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *président.*	MM. DE ROUVILLE, *agrégé.*
TÉDENAT, *professeur.*	IMBERT (Léon), *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A la mémoire de mon Père et de ma Mère

A ma mère IVANA

A mon frère Boris TELTCHAROFF

Témoignage de profonde affection.

A ma Sœur et à mon Beau-Frère

A mon cousin Nicolas PÉTROFF

Faible témoignage de reconnaissance.

M. TELTCHAROFF.

A mon Président de Thèse

M. le Docteur FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Hommage respectueux.

A M. le Docteur IMBERT

PROFESSEUR-AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A tous mes MAÎTRES de la Faculté

A MM. les Docteurs

KAMILOFF, BOCHKOFF et TABACOFF

A tous mes AMIS

M. TELTCHAROFF.

INTRODUCTION

Les cancers buccaux sont relativement fréquents. On les rencontre un peu partout dans la cavité buccale, et il n'est pas un point de la muqueuse où l'on n'ait vu se développer ces néoplasmes. Cependant, ils n'occupent pas indifféremment telle partie ou telle autre des parois de la bouche. Ils ont des lieux d'élection, dont les plus habituels sont les lèvres, la langue, le plancher de la bouche. Il est très rare, au contraire, de les voir se développer sur la muqueuse palatine ou le voile du palais. La joue tient le milieu à cet égard ; moins exceptionnels que ceux de la voûte buccale, les cancers de la joue sont bien moins communs que ceux des lèvres ou de la langue. Si toutes ces productions épithéliales peuvent être rapprochées au point de vue de l'étiologie, de l'histologie pathologique et, à certains égards, de la clinique, leur siège entraîne naturellement quelques différences dans les symptômes et dans la marche, et modifie beaucoup les conditions dans lesquelles s'exerce l'action chirurgicale. Les indications opératoires et la technique qu'il convient de suivre doivent être étudiées à part pour les différentes régions.

Il ne sera question ici que du cancer débutant par la face interne, muqueuse, de la joue, qui diffère notablement des autres variétés de néoplasmes malins susceptibles de se développer en cette région.

Celle-ci peut, en effet, en raison de sa structure, être envahie par le cancer dans des conditions variées et très différentes. Pour ne considérer que les tumeurs malignes épithéliales, remarquons que la joue comprend d'une part la peau, de l'autre la muqueuse ; que, dans son épaisseur, sont logés les glandes molaires et fréquemment une parotide accessoire, un ou deux ganglions lymphatiques. La peau est très fréquemment atteinte de cancroïdes, plus rarement d'épithéliomes végétants, formant tumeurs, occupant exclusivement la région génienne ou empiétant sur les parties voisines.

Les glandes molaires et la parotide accessoire peuvent éventuellement donner naissance à des néoplasmes malins. Quant aux ganglions géniens, on peut les voir envahis secondairement ; parfois même, on peut voir grossir une adénopathie cancéreuse de la joue après extirpation de la lésion d'origine, si bien que tout d'abord on pourrait croire à une lésion isolée.

D'autres cancers envahissent secondairement la joue, ayant eu, pour point de départ, la gencive, le maxillaire ou la commissure labiale.

Nous laisserons de côté tous ces faits pour nous occuper exclusivement du cancer dont le siège primitif est la face buccale de la joue. C'est le cancer de la joue proprement dit, dont l'anatomie pathologique, la marche, l'aspect clinique, les complications, sont un peu spéciales et dont le traitement donne également lieu à quelques considérations particulières.

Cette étude a été faite à maintes reprises pour les cancers des lèvres et de la langue. Ceux de la joue sont un peu laissés dans l'ombre dans nos classiques, en raison de leur importance moindre.

Ils ne sont pourtant pas absolument dépourvus d'intérêt, et

je désirerais apporter aujourd'hui, à leur étude, une modeste contribution, basée sur cinq cas personnels : l'un que nous avons observé pendant le cours de nos études en suivant le service des consultations gratuites de M. le professeur-agrégé Imbert ; nous ne parlerons pas du traitement chirurgical, ce malade ayant été renvoyé de l'hôpital comme inopérable.

Le second cas, qui nous a intéressé tout particulièrement, c'est d'ailleurs lui qui a fait naître en nous l'inspiration du sujet, c'est le cas de notre père, dont nous rapportons l'observation avec quelques détails ; c'est le seul cas que nous ayons pu suivre pendant toute son évolution ; l'intérêt et la gravité de ce cas nous ont tellement frappé que nous en avons voulu faire le sujet de notre thèse.

Le troisième cas est celui que nous avons observé tout récemment dans le service de M. le professeur Forgue ; le quatrième et le cinquième cas sont recueillis dans le même service.

Les autres observations que nous avons recueillies en parcourant la littérature médicale nous ont beaucoup aidé à éclaircir la partie clinique de notre sujet.

Notre travail sera divisé en huit chapitres :

Le premier sera consacré à l'historique, et, dans ce chapitre, nous avons en vue l'exposition de l'histoire de l'anatomie pathologique du cancer buccal.

Dans le deuxième chapitre, nous donnerons un aperçu des lymphatiques et ganglions de la joue.

Le troisième chapitre est consacré à l'étude étiologique du cancer de la bouche.

Dans le quatrième, nous étudierons avec quelques détails la symptomatologie, en exposant l'évolution, la durée et la terminaison du cancer de la joue ; quant à la pathogénie, nous la passons sous silence, parce que c'est une question que

nous ne pouvons traiter dans un si modeste travail ; la pathogénie du cancer buccal étant la même que celle des cancers en général, il est donc inutile de sortir des limites de notre sujet.

Dans le cinquième chapitre, nous chercherons à établir le diagnostic différentiel entre l'épithélioma, les ulcérations syphilitiques et les ulcérations tuberculeuses, et c'est bien la partie la plus importante et la plus délicate.

Le sixième chapitre est consacré au pronostic.

Le septième sera réservé au traitement suivi d'observations.

Enfin, dans le dernier chapitre, nous établirons nos conclusions.

Nous espérons que nos juges accorderont à notre modeste travail toute leur bienveillance.

Les difficultés que nous avons eu à surmonter, en notre qualité d'étudiant étranger, dans la rédaction de ce travail, nous permettent d'espérer d'autant plus cette bienveillance.

Avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser à M. le professeur Forgue l'expression de notre plus vive gratitude pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

En même temps, nous ne pouvons ne pas témoigner notre plus vive reconnaissance envers M. le professeur-agrégé Imbert, qui nous a beaucoup aidé dans la rédaction de ce travail.

Nous tenons à remercier tout particulièrement notre éminent Maître, M. le professeur Tédenat, de l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné pendant le cours de nos études. Nous le prions d'agréer l'expression de toute notre gratitude.

N'oublions pas non plus M. Morestin, pour l'honneur qu'il nous a fait en nous fournissant quelques renseignements dont nous nous sommes largement servi.

A la fin de notre scolarité médicale, nous sommes heureux d'exprimer notre profonde rcconnaissance à tous nos Maîtres de cette Faculté, qui furent pour nous si indulgents et nous prodiguèrent un si précieux enseignement.

Le souvenir que nous emporterons de la France, où pendant six ans nous avons puisé à ses précieuses et immenses ressources, sera éternel.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉPITHÉLIOMA

DE LA FACE INTERNE DE LA JOUE

HISTORIQUE

HISTOIRE DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU CANCER BUCCAL

Depuis Hippocrate, les cliniciens de tous les siècles ont donné le nom de cancer aux tumeurs graves au premier chef par leurs récidives, par leur tendance à se généraliser et par leur terminaison mortelle. Mais les descriptions parfois très exactes de Celse, d'Ambroise Paré, etc., leurs remarques thérapeutiques très justes, ne peuvent définir un groupe anatomique, et elles sont mêlées à une étiologie dans laquelle l'atrabile et la mélancolie jouent le rôle capital. Avec les travaux de l'ancienne Académie de chirurgie, de Ledeau et de Louis en particulier, la thérapeutique fit plus de progrès que l'anatomie pathologique, et il faut arriver au commencement de ce siècle pour trouver les premières études sérieuses sur le cancer. A

cette époque seulement, avec les travaux de Bayle, Laennec, Andral, Cruveilhier, Velpeau, l'anatomie pathologique du cancer fut établie sur une base positive, sur la description des productions accidentelles faite à l'œil nu.

Bayle et Cayol laissaient déjà pressentir une distinction entre les cancers de la peau et ceux des autres organes.

Cruveilhier, en 1827, avant l'intervention du microscope, décrivait quatre espèces de cancer : le squirre, l'encéphaloïde, l'épithéliome, le cancer mélanique.

L'application du microscope à l'étude des tissus pathologiques, en ajoutant un sens nouveau à l'observation, vint à son tour à la suite des découvertes de Schwann et de Scleiden. Ce fut là une véritable révolution dans l'histoire des tumeurs aussi bien que dans la physiologie générale. On étudia mieux la texture des tumeurs et de nombreux travaux furent faits sur ce sujet par Muller, Lebert et Virchow.

Les recherches sur les épithéliomas progressèrent à mesure qu'on connut l'évolution normale de l'épithélium, et l'histoire de ces tumeurs représente les variations et les progrès de la classification anatomo-pathologique des cancers; en effet, avant que l'analyse microscopique eût permis l'étude histologique des néoplasmes, les chirurgiens avaient reconnu qu'il y avait certaines formes de tumeurs dites cancéreuses, d'ulcères cancéreux, dont la marche était plus lente, la récidive et la généralisation plus rares que dans les formes ordinaires du cancer, l'encéphaloïde et le squirre. Ledran, le premier, démontra la nécessité de distinguer les cancroïdes d'avec les autres cancers. Hannover leur donna le nom d'« épithélioma », expression significative qui est encore l'une des plus employées. Ecker, le premier (1844), établit les bases de cette dis-

tinction dans l'étude anatomo-pathologique des tumeurs de la lèvre qu'il appela faux-cancers, et bientôt cette question entra dans une phase nouvelle sous l'impulsion des recherches de Lebert et de Mayer ; une école micrographique, qui croyait avoir trouvé la cellule spécifique de cancer, s'efforça d'établir une distinction absolue entre les cancroïdes ou tumeurs épithéliales et le cancer. Ce furent des débats mémorables à l'Académie et dans des publications nombreuses. Lebert, Robert, Broca, Verneuil, Follin luttèrent longtemps pour démontrer l'absence de généralisation des cancroïdes, mais ils rencontrèrent un puissant adversaire, Velpeau, dont la haute expérience et le grand bon sens clinique arrêtèrent la théorie de la spécificité dans son essor, grâce aux appuis que lui donnèrent les micrographes eux-mêmes, tels que Robin, en France, Virchow, en Allemagne, et Paget, en Angleterre. Lebert, Broca, à leur tour, durent constater la propagation de l'épithéliome aux ganglions lymphatiques, et Verneuil, se rapprochant de Robin, donnait des tumeurs épithéliales des glandes sudoripares une description complète et indépendante de la théorie de la spécificité.

Depuis cette époque, l'étude des tumeurs épithéliales a profité des nouveaux progrès de l'histologie ; elle a été pratiquée méthodiquement, de façon que l'on peut dire que ces tumeurs forment un groupe des mieux définis au point de vue anatomo-pathologique ; si bien que, laissant de côté leur degré de malignité plus ou moins prononcée, un grand nombre de chirurgiens et de pathologistes ne les distinguent plus des cancers, ou bien considèrent le cancer épithélial comme le type nettement établi et le plus commun. Cette tendance est surtout prononcée en Allemagne: Rindfleisch, dans son *Anatomie pathologique*,

décrit les tumeurs épithéliales sous le nom de cancer épithélial.

Tout en reconnaissant qu'un grand nombre de carcinomes sont épithéliaux, il nous semble utile, ainsi que l'ont fait MM. Cornil et Ranvier, de réunir dans un groupe déterminé les épithéliomes, parce qu'ils représentent une caractéristique histologique bien précise : la néoformation épithéliale, et que, d'ailleurs, cette séparation ne préjuge en rien de leurs rapports avec l'ensemble des tumeurs malignes et des cancers. Les épithéliomes se divisent en deux groupes définis, par les caractères des éléments épithéliaux qui les constituent, d'où la division en *épithéliomes pavimenteux* et *épithéliomes cylindriques*, qui doit être conservée parce qu'elle repose sur une base anatomique. *Les cancers de la bouche, et surtout ceux de la face muqueuse de la joue, font partie du premier groupe.* Histologiquement, on trouve soit un *épithélioma pavimenteux lobulé,* soit un *épithélioma tubulé*, soit même un *épithélioma* à la fois *tubulé et lobulé.*

GANGLIONS LYMPHATIQUES DE LA JOUE

Les *adénopathies cancéreuses de la joue* présentent un intérêt pratique considérable au point de vue du traitement chirurgical des néoplasies qui en sont le point de départ.

En pratiquant l'excision de ces néoplasmes, il ne faudra pas oublier de rechercher les ganglions, de les extirper, quel que soit leur volume, si l'on ne veut pas s'exposer à des récidives dangereuses, si l'on veut éviter que les ganglions lymphatiques ne deviennent à leur tour le point de départ d'une néoplasie maligne.

Les adénopathies sont consécutives à des cancroïdes des paupières, de la joue, du nez, à des épithéliomas des lèvres.

Vu l'intérêt pratique, nous avons cru nécessaire de donner une description succincte du système lymphatique de la région.

Les *vaisseaux lymphatiques de la face en général* et *ceux de la région temporale* suivent trois voies différentes pour aller se déverser dans les *ganglions sous-maxillaires.* Ces derniers, comme on le sait, longent la face interne et le bord inférieur du maxillaire inférieur ; on en compte de 12 à 15, tous recouverts par le peaucier et par l'aponévrose superficielle du cou.

Les *troncs lymphatiques de la joue* suivent le trajet de la veine faciale, qu'ils accompagnent fidèlement. Ils partent de la région médio-frontale, passent au niveau de l'angle interne de l'œil, pour traverser obliquement, comme la veine faciale elle-même, la région sous-orbitaire et la joue. Ces troncs lymphatiques, dont le nombre augmente de haut en bas jusqu'à concurrence de 4 ou 5, reçoivent les rameaux qui partent *du dos et les ailes du nez, de la paupière inférieure, de la région malaire du masséter* et *de la région parotidienne* en arrière.

Les *ganglions de la joue* se trouvent sur le trajet de ces troncs lymphatiques, que Bourgery et Jacob divisent en *ganglions buccaux, sus-maxillaires* et *intra-maxillaires.*

Les *ganglions buccaux*, ainsi désignés parce qu'ils sont appliqués sur la face externe du muscle buccinateur, sont constamment situés sur le bord antérieur de la veine faciale. En contact avec elle, ils sont placés dans l'atmosphère cellulo-adipeuse qui l'enveloppe, immédiatement au-dessous de la petite lame musculaire qui est tendue entre le bord antérieur du masséter et le triangulaire des lèvres. Quant à leur situation, dit le docteur Princeteau, elle n'est point fixe (1). Leur volume varie depuis celui d'une petite tête d'épingle jusqu'à celui d'un petit haricot; tandis que leur forme est tantôt arrondie ou discoïdale comme celle d'un grain de lentille, tantôt fusiforme et très allongée dans le sens vertical. Ils sont représentés par 1 ou 2 ganglions, sans jamais dépasser ce nombre.

Les *ganglions sus-maxillaires,* ainsi désignés parce qu'ils sont appliqués sur la face externe du maxillaire inférieur,

---

(1) Dr Princeteau, *Société d'anatomie de Bordeaux*, 12 juin 1899.

en opposition avec les *ganglions sous-maxillaires*, qui se trouvent, au contraire, placés sous la face interne du dit maxillaire. Ces ganglions, cachés par l'expansion supérieure du peaucier du cou, sont appliqués sur la face externe du maxillaire inférieur, dans l'espace qui s'étend depuis son bord alvéolaire jusqu'à son bord basilaire. C'est le groupe que l'on rencontre le plus fréquemment.

Ils sont le plus souvent représentés par un seul ganglion ; mais quelquefois ils peuvent être au nombre de 2 ou même 3. Leur volume, souvent très minime, peut atteindre des dimensions assez considérables (gros haricot dans un cas). Quant à leur forme, elle est la même que celle des ganglions buccaux. Le ganglion le plus élevé de ce groupe empiète quelquefois sur la région buccale ; tandis que les ganglions les plus inférieurs viennent se mettre très souvent en contiguïté et en continuité avec le groupe *sous-maxillaire*.

Lorsqu'il n'y a qu'un ganglion sus-maxillaire, il s'applique presque toujours contre la face antérieure de la veine. S'ils sont 2 ou 3, les plus inférieurs se placent ordinairement à cheval sur les deux vaisseaux, artère et veine faciales, qui, ici, chevauchent l'un sur l'autre au-dessus de l'extrémité inférieure du muscle masséter. L'un d'eux se creuse même quelquefois en gouttière pour embrasser dans sa concavité les deux vaisseaux précités.

Ganglion intra-maxillaire. — Quand il existe, il est représenté par un seul ganglion qui est situé sur le bord inférieur du maxillaire et qui, dans un équilibre instable, par le fait de sa position, peut être ramené à l'aide de la pression du doigt, tantôt au-dessus, tantôt au-dessous de l'os maxillaire. C'est un ganglion de transition entre

ceux de la joue et *les sous-maxillaires*, et qui n'est signalé nulle part au point de vue descriptif, mais qui, cependant, est figuré dans les planches de Mascagni et de Bourgery et Jacob, et que le docteur Princeteau propose de désigner sous le vocable de *ganglion intra-maxillaire*.

ÉTIOLOGIE

Dans l'histoire des cancers de la bouche, une des questions sans contredit les plus obscures est celle de l'étiologie. D'une manière absolue, la question nous paraît insoluble, et tous les auteurs avouent leur ignorance. Mais il nous semble qu'il y a une distinction à établir. Si l'existence de la prédisposition cancéreuse échappe à nos moyens d'investigation, qu'elle soit due à l'hérédité, aux constitutions ou même aux diathèses acquises, il n'est pas impossible, dans tous les cas, de trouver les causes de ses manifestations dans tel ou tel organe.

Dans le développement du cancer buccal, l'influence des causes externes est admise par tout le monde, et je ne vois pas si, comme le dit lui-même Lebert, le cancer ne se développe qu'en vertu d'une prédisposition générale, d'un vice constitutionnel qu'il compare au vice vénérien ou scrofuleux, pourquoi l'on n'admettrait pas qu'une cause externe pût déterminer le développement d'une affection cancéreuse dans l'organe qui est soumis à son action.

Aussi, on pourrait admettre deux ordres de causes : des causes prédisposantes, des causes déterminantes. Les premières échappent le plus souvent à nos moyens d'investigation, ce sont l'hérédité, la présence du cancer dans quelque autre organe, etc.

Parmi les causes déterminantes, il faut placer au premier rang l'irritation de la pipe, surtout quand elle est courte et que le sujet a l'habitude de la porter du même côté ; les excoriations produites par des dents cariées ou de mauvaise implantation, l'habitude de chiquer, les engorgements chroniques des glandules buccales déterminés par l'abus du tabac, des mercuriaux ; enfin toutes les irritations quelles qu'elles soient, toutes les fois qu'elles ont un caractère de fréquence et de chronicité comme celles qui viennent d'être énumérées. Sur douze malades que M. Morestin a eu l'occasion d'observer, il y avait une seule femme. La plupart fumaient ; l'un d'eux ne fumait point, mais avait l'habitude de chiquer. Il portait sa chique du côté où s'est développé le néoplasme. C'était un homme encore jeune, 36 ans. Les autres avaient entre 40 et 60 ans. Tous ces malades avaient des dents déplorables, circonstance qui, évidemment, peut jouer un certain rôle dans le développement de la maladie, en entretenant la malpropreté et l'irritation locale. La plupart de ces malades ont été examinés à une période tellement avancée qu'il était impossible de savoir s'il y avait eu ou non des plaques leucoplasiques sur la joue malade. Dans trois cas, il y en avait au voisinage immédiat de la tumeur, ou sur la joue de l'autre côté.

Plus fréquent chez l'homme que chez la femme, cela tient probablement aux causes d'irritation plus nombreuses dans le sexe masculin ; car, outre la prétendue prédisposition diathésique, il faut bien reconnaître que l'irritation prolongée sur un organe y détermine la localisation néoplasique. Le plus grand nombre de cas relatés plus loin n'ont-ils pas, en effet, été observés soit chez de vieux fumeurs de pipe à tuyau court, soit chez des gens

qui ne compensaient pas, par des soins rigoureux d'hygiène et de propreté, une irritation quelconque longtemps prolongée.

Tous les âges ne semblent pas également favorables au développement de l'épithélioma. Dans un article du *Dictionnaire de Jaccoud*, Heutaux prétend que l'épithélioma en général serait rare au-dessous de 40 ans, et, d'après une statistique basée sur 194 cas, il semblerait résulter que c'est surtout de 51 à 60 ans que cette affection est la plus commune. Pour le cancer de la joue en particulier, nous arrivons à peu près au même résultat, tout en les basant sur un nombre beaucoup plus restreint d'observations. Une statistique, empruntée à M. Faure, nous donne les conclusions suivantes :

Au-dessous de 40 ans.....	1 cas.
De 41 à 50 ans.	2 —
De 51 à 60 ans.	9 —
De 61 à 70 ans.	3 —
Au-dessus de 70 ans.......	1 —
Total......	16 cas.

On devrait en déduire que l'âge moyen est entre 51 et 60 ans, puisque, dans cet intervalle, 9 cas sur 16 sont compris. Mais il nous semble que les observations ne sont pas en quantité suffisante pour nous permettre d'en tirer une conclusion définitive.

Nous dirons seulement que cette affection, extrêmement rare dans la jeunesse et dans l'âge adulte, devient relativement fréquente à partir de 50 ans. L'usage du tabac, surtout celui de la pipe, qui ne semble pas avoir une action certaine pour l'épithéliome des lèvres, nous paraît être

une cause purement occasionnelle pour les cancers de la cavité buccale et en particulier pour ceux de la face interne de la joue.

D'ailleurs, M. Lortet, qui conteste l'importance de l'étiologie tabagique dans le cancer des fumeurs, apporte, à l'appui de la discussion, des arguments qu'il est bon de reproduire ici : «Une autre circonstance à noter, écrit-il, c'est qu'en Orient et en Afrique, où tout le monde, hommes et femmes, a constamment la pipe à la bouche, on ne trouve pas le cancer buccal. Il est vrai que, dans ces pays favorisés, le *brûle-gueule* et l'*âcre-caporal* sont remplacés par le *narghilé à bout d'ambre* et le *tabac à la rose* (1) ».

On ne peut pas mieux dire de quelle importance est la part étiologique de la pipe et aussi de la nature du tabac. Sur ce point du moins, les adversaires et les partisans du cancer des fumeurs se trouvent donc d'accord, de même que sur celui de l'irritation provoquée par la chaleur locale sur la muqueuse.

L'imprégnation de la matière empyreumatique qui brunit le culot et le tuyau de ces pipes ajoute une nouvelle cause d'irritation et concourt directement à la provocation de l'épithélioma. On comprendra aisément l'action des plus irritatives du tabac saturé de nicotine, dont la force et l'âcreté sont telles qu'une seule pipe bourrée de Planteur suffit à incommoder des fumeurs endurcis et laisse dans la bouche une sensation de brûlure qui persiste pendant un temps assez long.

Dans le département du Nord et en particulier du côté de la frontière franco-belge, tous les ouvriers et habitants

---

(1) Lortet, th. doct., Paris, p. 54.

peu fortunés (et ils sont très nombreux), ne fument que du mauvais tabac de contrebande ; aussi les cancers y sont-ils extrêmement fréquents. Le tabac à mâcher mérite les mêmes reproches. « Déjà Péray avait fait la remarque que la chique, encore en faveur chez les marins, les prisonniers et quelques hommes des classes laborieuses, occasionnait des cancers de la bouche. Depuis Bouisson, on a l'habitude, en interrogeant les malades atteints de cancer de la bouche, de leur demander s'ils sont fumeurs. La plupart répondent que «oui»,car presque tout le monde fume, et l'on se tient pour satisfait, étant bien en règle avec l'étiologie traditionnelle. L'usage du tabac n'est donc pas la cause primordiale de l'affection, puisqu'il est fréquent de trouver des tumeurs épithéliales sur toutes les parties du corps; mais, si cette habitude ne peut pas créer de toutes pièces l'épithélioma, nous n'en sommes pas moins convaincus qu'elle a une action déterminante très importante : elle entretient une irritation constante favorable à l'éclosion du cancer. Ce fait est banal : n'a-t-on pas vu souvent de véritables épithéliomas succéder à de simples petits boutons d'acné, à des plaques de psoriasis ? C'est aussi l'histoire de ces femmes atteintes de carcinomes du sein, qui font toujours remonter leur affection à un traumatisme reçu dans la région à une époque plus ou moins éloignée !

SYMPTOMATOLOGIE

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON

Lorsque le malade vient nous consulter avec un épithélioma siégeant à la face interne de la joue, le plus souvent, déjà assez volumineux, il raconte que son mal a débuté par un *bouton,* par une *petite plaque indurée* ou par une *égratignure.* Mais, lorsque le chirurgien observe ce stade initial, il constate que ce bouton, cette plaque ou cette égratignure, est de nature assez variable.

Ici, c'est une hypertrophie glandulaire plus ou moins longtemps stationnaire; là, une petite masse indurée, indolente, cornée même dans quelques cas rares, ulcérée; là, une fissure, prise d'abord pour une simple gerçure, mais dont les bords s'indurent peu à peu et s'élèvent, tandis que le fond se recouvre d'une croûte molle et grisâtre, constamment enlevée par l'acte seul de la mastication et constamment reproduite, croûte sous laquelle on retrouve une ulcération superficielle à fond rose et un peu saignant. Bien souvent, le néoplasme s'est développé sur une plaque leucoplasique siégeant à la face muqueuse de la joue.

« Le point de départ a été presque toujours le même. Dix fois sur douze, c'est au voisinage immédiat du cul-de-sac gingivo-génien que le néoplasme a pris naissance;

deux fois seulement au niveau de la ligne interdentaire (1) ». Ainsi, la partie déclive du vestibule buccal, le cul-de-sac gengivo-génien est le point de départ habituel de la lésion. Même quand celle-ci est très étendue, on arrive à établir que c'est là que la maladie a commencé. Ce n'est qu'un détail, mais il a une grosse importance, ainsi que nous le verrons par la suite. Pourquoi cette localisation au cul-de-sac inférieur, alors que le supérieur est presque toujours respecté ? Dans la partie déclive du vestibule buccal stagne la salive, contenant des détritus alimentaires, des bactéries, des microbes, des débris de toute sorte, des cellules épithéliales détachées, des globules de pus venant des lésions gingivales. Il y a là une sorte d'irritation constante et prolongée. Les dents brisées, les chicots, sont aussi des causes prédisposantes.

Née en ce point, la lésion épithéliale remonte d'une part à la face interne de la joue, de l'autre, envahit la muqueuse qui recouvre la portion alvéolaire du maxillaire, De très bonne heure, dès le principe, pour ainsi dire, la tumeur adhère à cet os, se propage à la gencive et au périoste. Le cancer gagne rapidement les voies lymphatiques, et les ganglions sous-maxillaires sont engorgés d'une façon précoce. Ils se fusionnent entre eux et avec la glande sous-maxillaire et adhèrent aussi de bonne heure à la mâchoire, dans la partie qui répond à la loge sous-maxillaire. Quand la maladie évolue depuis quelques mois, il se forme ainsi un bloc cancéreux péri-maxillaire enveloppant la face externe, le bord inférieur et une partie de la face interne de cet os.

---

(1) H. Morestin. — XIIIe Congrès international de Médecine Paris, 2-9 août 1900.

La joue est une région mince, la lésion progressant de dedans en dehors selon l'épaisseur, envahit en un temps relativement court toutes les couches qui la constituent. La peau est ainsi atteinte et s'ulcère fréquemment, si bien qu'une communication anormale s'établit entre la bouche et l'extérieur : complication toute spéciale aux cancers de la joue.

Cette évolution est d'ailleurs hâtée par des complications inflammatoires qu'on ne rencontre avec la même fréquence dans aucun autre cancer.

Tandis que l'envahissement descendant et l'extension selon l'épaisseur se font très tôt et très vite, c'est avec une lenteur relative que la muqueuse génienne s'infiltre de bas en haut. Même dans les cas déjà très avancés et très graves, cet envahissement n'est pas absolument complet et, au-dessous du cul-de-sac gingivo-génien supérieur respecté, on trouve encore une bande de muqueuse saine.

Aussi la joue conserve t-elle une certaine souplesse ; cette petite étendue de tissus sains suffit, grâce à son élasticité, pour permettre l'écartement des mâchoires dans une mesure suffisante pour que l'alimentation soit possible. La muqueuse du plancher de la bouche est également respectée pendant assez longtemps, et le malade succombe en général avant qu'elle ne soit englobée par la masse néoplasique, et comme la précédente cette circonstance présente quelque intérêt tant au point de vue de la clinique que du traitement. Les ganglions se ramollissent quand on leur laisse le temps d'accomplir leur évolution, s'infectent, s'ouvrent à la peau. Si les ganglions sont pris de bonne heure, cela tient à la richesse en lymphatiques de la région; la mâchoire est croisée par les lymphatiques

qui descendent de toute la face. Les vaisseaux sont englobés de bonne heure dans la tumeur, envahis et pénétrés par ses éléments, qui sont portés de là aux ganglions.

Lorsque la lésion débute au milieu de la ligne qui répond à la réunion de deux arcades dentaires, le développement se fait dans tous les sens.

Il s'agit toujours *d'épithéliome pavimenteux lobulé ou tubulé*. Dans un cas où la marche avait été particulièrement rapide, Gaston a trouvé entre les boyaux épithéliaux des cellules à caractère embryonnaire rappelant les éléments sarcomateux. Il s'agit très probablement d'un processus inflammatoire surajouté.

Au point de vue clinique, le cancer de la joue présente, avons-nous dit, des allures un peu spéciales ; l'anatomie pathologique explique la plupart de ces particularités.

Si l'on prenait à la lettre le dire des malades, le début serait souvent brusque, et l'évolution ultra-rapide. Il n'en est rien, ce brusque début n'est pas le véritable, et la lésion évolue parfois depuis des semaines et des mois.

C'est fréquemment une poussée aiguë, une complication inflammatoire qui a attiré l'attention.

On a peine à croire que des tumeurs d'un notable volume et déjà ulcérées aient pu passer inaperçues des individus qui les portent, ou être complètement négligées. Mais on connaît l'invraisemblable incurie de certains malades, quand la douleur ne vient pas les déranger de leur quiétude.

On le sait, pour beaucoup, pour la plupart des profanes, le mal n'est dangereux qu'en proportion des souffrances qu'il engendre. Or, si la plupart des néoplasmes présentent à leur début cette indolence presque funeste, le can-

cer de la joue présente ce caractère pendant fort longtemps, parfois même toute la durée de son évolution. Contrairement à ceux de la langue, du plancher de la bouche, de l'isthme du gosier, qui causent de si cruelles douleurs, il ne détermine souvent, alors même que le cas est déjà devenu inopérable, qu'un peu de gêne, et très exceptionnellement de vives souffrances. La terrible otalgie, qui se montre dans beaucoup de tumeurs malignes de la cavité bucco-pharyngienne, fait complètement défaut. Le sommeil est conservé en raison de cette indolence. La longue durée de celle-ci n'est explicable qu'en raison de l'absence de nerfs sensitifs importants dans la lésion occupée par le néoplasme.

Le lingual, en particulier, est épargné.

M. Morestin nous rapporte le cas d'un homme qui avait été opéré dans un autre hôpital, d'une manière parcimonieuse, et chez lequel l'évolution de la tumeur avait été à peine interrompue par cette intervention. Il ne souffrait point, mangeait et passait ses journées à « culoter » des pipes. Et cependant les lésions étaient telles que je renonçai, dit-il, d'emblée à toute opération nouvelle.

Cette indolence cesse, momentanément, quand surviennent des complications inflammatoires. Nous reviendrons sur ce point dans un instant. Les signes fonctionnels sont aussi bien moins accusés que dans les autres cancers de la bouche.

Ainsi l'élocution, sans être facile, est possible, de même la déglutition, le plancher buccal ayant gardé sa souplesse

Un autre point remarquable est la possibilité pour le malade de conserver le jeu des mâchoires, ce qui tient d'une part à ce que la partie supérieure de la joue n'est

pas envahie, en second lieu, à ce que le masséter est aussi complètement respecté, et enfin à l'indolence.

Il est bien regrettable que les malades soient trop souvent soumis d'une façon tardive à notre examen, car les signes physiques sont très faciles à constater, et le diagnostic peut être établi sans aucune hésitation dans la majorité des cas.

Quand l'envahissement n'est pas encore trop étendu et que les téguments sont respectés, la déformation est circonscrite, et il semble que le malade ait « une chique ».

La palpation montre une masse de consistance ferme ou même ligneuse, dure, plus ou moins plaquée contre la mâchoire, et l'exploration digitale fait reconnaître une surface ulcérée, reposant sur une base dure, ulcération à fond inégal, végétant, couvert de détritus plus ou moins infects.

Les diverses formes du début perdent peu à peu leur individualité, et, à la période d'état, la description devient uniforme.

Plus tard, la tumeur se diffuse, les limites sont moins aisées à reconnaître, et l'on sait que les limites réelles ne répondent point aux limites apparentes, qu'il faut être pessimiste et les voir toujours beaucoup plus étendues qu'elles ne le paraissent.

Les parties molles de la joue s'infiltrent, tandis que les ganglions s'engorgent et que se constitue le bloc cancéreux péri-maxillaire. A cette période d'état, on voit une véritable tumeur, dure, adhérente à la peau, inégale, envahissant toute l'épaisseur de la joue, faisant relief sur la face cutanée qui, jusque-là, a conservé sa couleur normale, et qui ne tarde pas à présenter une surface mince, luisante, tendue, d'une teinte rouge violacée, et la pro-

duction de varicosités étoilées traduisent son altération.

Cette surface ainsi amincie ne tardera pas à s'ulcérer et à faire communiquer la cavité buccale avec l'extérieur. Mais le mécanisme de cette perforation est, en général, complexe et les infections secondaires entrent pour une bonne part dans cette complication. Les phénomènes inflammatoires sont, en effet, communs au cours du cancer de la joue. Ce sont eux parfois qui attirent l'attention de ce côté et révèlent sa présence. Il arrive aussi qu'ils la détournent, et que l'on traite l'affection aiguë secondaire, sans en avoir soupçonné le point de départ. Le plus ordinairement, il s'agit d'abcès développés au voisinage immédiat du néoplasme, dont la surface ulcérée et sans cesse blessée par les dents ou débris dentaires, n'offre que trop de porte d'entrée. Que les abcès s'ouvrent spontanément ou soient incisés, ces ouvertures ne se referment point. Les bourgeons néoplasiques les envahissent, pullulent dans leur trajet, l'agrandissent et viennent se montrer à l'extérieur. Les infections secondaires entrent ainsi pour une certaine part dans l'ulcération des téguments.

La perforation de la joue est un indice grave. Elle marque le commencement du déclin et la cachexie prochaine. Outre qu'elle indique un envahissement déjà très étendu, la perforation est une source d'affaiblissement et de déchéance, à cause de la déperdition constante de la salive. Si l'organisme souffre de cette spoliation, il est, d'autre part, empoisonné par celle qui est déglutie, chargée de détritus cancéreux.

Quand les parties molles sont tuméfiées, que la joue infiltrée est devenue rigide, on constate que la bouche a une certaine tendance à dévier du côté opposé, surtout quand le malade parle.

Un assez grand nombre de filets du facial étant alors englobés dans la masse, on peut se demander s'il s'agit d'une paralysie de ces filets ou même de leur destruction. Il est probable, en effet, que quelques-uns de ces petits nerfs sont détruits, mais le phénomène doit tenir aussi à l'immobilisation, à la fixation mécanique d'une partie des muscles du côté malade par l'infiltration néoplasique. Le canal de Sténon vient s'ouvrir au milieu des végétations cancéreuses ou tout à côté de l'ulcération. C'est un fait remarquable qu'il ne se produise point, dans de telles conditions, des infections ascendantes du conduit excréteur et de la parotide. Cela tient sans doute à la circulation salivaire, qui balaie et nettoie ce canal. Autant qu'on en peut juger par l'exploration extérieure de la glande, l'absence de douleur, de tuméfaction, il n'y a rien d'anormal de ce côté. Il n'y a même pas rétention, car toute rétention amène une distension très marquée de la joue.

La tumeur, indolente jusque-là, commence à faire place à des douleurs continuelles et persistantes, comparées à des aiguilles, des lances, qui embrochent la région envahie par la tumeur. Ce signe est d'un très mauvais augure. Il indique le commencement d'une déchéance rapide et d'un envahissement prompt des ganglions du voisinage.

Cette ulcération prend un aspect différent. Elle est irrégulière, sinueuse, déchiquetée ; ses bords sont à pic, renversés et indurés.

On distingue deux formes, rongeante et végétante, suivant que l'ulcération creuse profondément, ou donne naissance, au contraire, à des bourgeons plus ou moins volumineux, qui saignent facilement. La seconde forme paraît la plus fréquente, mais les deux, d'ailleurs peuvent s'associer.

« Par le progrès d'envahissement, la partie la plus mince est la première détruite, c'est-à-dire que l'ulcération au lieu de remonter, ce qui a lieu plus tard, descend vers la commissure, qui, en raison de sa minceur, est facilement débridée, ce qui arrive presque toujours lorsque la tumeur a perforé la joue.

»A cette période très avancée, la tumeur est volumineuse et diffuse ; la peau et la muqueuse ulcérées, saignent au moindre contact ; la parole, la mastication sont gênées, puis douloureuses ; enfin, la salive s'écoule constamment par cette large brèche et se mélange à l'ichor fétide sécrétée par les surfaces malades. Puis vient l'envahissement des gencives, du maxillaire ; et c'est à ce moment que les douleurs sont atroces, surtout quand le néoplasme s'insinue autour du nerf dentaire inférieur.

»On conçoit que l'alimentation devienne de plus en plus difficile ; par contre, des substances putrides sont incessamment dégluties : deux causes de cachexie importantes, auxquelles se joignent des suintements sanguins incessants.

»La cachexie s'établit et les malades prennent une teinte blafarde qui traduit l'empoisonnement général. Aucun de mes malades, dit Morestin, n'a présenté de teinte jaune-paille. Ils étaient surtout pâles, d'une pâleur bistrée ou mate. Cet aspect est fréquent dans les cancers buccaux avancés ; il n'y a pas là seulement de la cachexie cancéreuse, mais les infections surajoutées par le milieu buccal y entrent pour une bonne part. On remarquera que, pour le cancer de la joue, l'étendue de l'ulcération est plus grande que dans toute autre variété du cancer buccal, partant, l'empoisonnement est plus rapide. Cet aspect spécial a pour nous une grande importance, au point de

vue des résolutions opératoires. J'ai l'habitude, dit-il, de respecter absolument ces cancéreux pâles. Ils sont extrêmement fragiles, et toute opération de quelque importance peut entraîner chez eux une mort rapide.

»Ceux qui, au contraire, ont encore le teint coloré, supportent admirablement toutes les opérations. Leur résistance est considérable, et l'on peut tenter chez eux les interventions les plus formidables. Cette distinction est purement empirique, mais elle répond à une réalité clinique, et, c'est l'expérience qui m'a enseigné cette formule simpliste (1). »

Il existe des formes où la marche, bien que toujours progressive, laisse au chirurgien le temps de faire une opération utile. Mais, parfois, l'évolution est telle qu'on ne peut rien tenter, ou que toute tentative est stérile.

Au début des discussions sur l'épithéliome de la joue, Lebert, P. Broca (2), avaient cru que l'adénopathie était rare : on n'a pas tardé à perdre cette illusion et Paget, Heurtaux, Lortet et Desgranges ont montré qu'au moment où les malades viennent nous consulter, un grand nombre ont de l'engorgement ganglionnaire, et cet engorgement paraît inévitable si le mal est abandonné à lui-même. Il est d'autant plus précoce que la tumeur a une marche plus rapide : mais il est rare avant le quatrième ou cinquième mois.

Au début, on trouve, à la région sous-maxillaire ou à l'angle de la mâchoire une petite tumeur dure, arrondie,

---

(1) H. Morestin. — XIIIme Congrès international de médecine. Paris, 2-9 août 1900.

(2) P. Broca. — Rapport sur une observation de Laboulbène. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1853.

mobile sous la peau saine et sur les parties profondes.

Peu à peu, la tuméfaction augmente, les ganglions pris deviennent de plus en plus nombreux ; leur chapelet peut descendre jusque dans le creux sus-claviculaire.

Ils finissent par adhérer à la peau qui, à un moment donné, rougit et s'ulcère ; par là s'évacue en partie la tumeur ramollie, et il reste un orifice d'où s'élèvent des végétations épithéliomateuses.

La tumeur, toutefois, ne se propage guère au-delà des ganglions. Tout à fait exceptionnelle est la généralisation viscérale dont Virchow, Pajet, Ollier, Bruno, ont relaté des exemples. Il faut en distraire, comme le dit M. Cornil (1), les cas où l'estomac seul est envahi, car il s'agit alors d'une sorte de greffe par des parcelles épithéliales avalées ; c'est, en somme, comparable à l'observation de Bregmann (2), où la lèvre supérieure s'est, pour ainsi dire, inoculée au contact d'un cancer de la lèvre inférieure.

Aussi la santé ne tarde-t-elle pas à s'altérer profondément, et c'est dans la cachexie la plus complète que succombe le malade, épuisé par l'impossibilité de l'alimentation, par l'insomnie, par la septicémie buccale, par les suintements sanguins, par les souffrances. *La mort survient généralement vers la fin de la première année, rarement dans le cours de la deuxième,* après le début de l'affection abandonnée à elle-même, à moins qu'une complication ne vient brusquer le dénouement.

L'hémorragie et la pneumonie sont les deux complications les plus fréquentes : l'hémorragie ordinaire, celle qui

---

(1) Cornil.— *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1887, p. 348.

(2) Bregmann.— Société de médecine interne de Berlin, 1887.

est due au suintement des bourgeons néoplasiques, peut être abondante, répétée et hâter la mort.

Mais les hémorragies promptement mortelles, quelquefois même presque foudroyantes, ont d'habitude pour cause l'envahissement d'une artère importante perforée par l'ulcération de la joue ou des ganglions.

Les pneumonies qui compliquent les cas de cancers buccaux sont dues à la déglutition vicieuse de parcelles septiques diverses, morceaux d'aliments, fragments ou sécrétion du néoplasme, qui pénètrent dans le larynx et de là vont infecter le poumon.

Les Allemands les appellent avec juste raison *schluck-peumonie,* ou pneumonie par déglutition. Elles relèvent donc à la fois de la septicité buccale et de la maladresse de la déglutition. Elles ne sont pas seulement importantes dans l'évolution naturelle du cancer, mais il faut aussi en tenir grand compte dans le pronostic opératoire, car elles sont une des principales causes de mortalité après les interventions chirurgicales.

DIAGNOSTIC

Cliniquement, il est rare d'observer le début des épithéliomes de la face interne de la joue, car le malade ne fait ordinairement pas grande attention à une petite tumeur placée à la face muqueuse de la joue. Ce n'est que lorsque le mal a fait de rapides progrès, terrifiants quelquefois (car ils ne peuvent plus être arrêtés) qu'il se décide à consulter le chirurgien.

A une époque tardive, lorsque le cancer est parvenu à sa période d'état, le diagnostic est facile, évident même. Outre les antécédents, le sexe et l'âge du sujet, on trouve alors tous les signes classiques ; l'induration, qui entoure l'ulcère, l'engorgement ganglionnaire, les douleurs lancinantes, l'écoulement d'un liquide sanieux, ichoreux, fétide, et tous les autres symptômes que nous avons énumérés dans les pages précédentes.

Au début, avons-nous dit, le diagnostic est entouré de difficultés très grandes, difficultés que nous devons chercher à vaincre par tous les moyens en notre pouvoir, car il est urgent d'établir un diagnostic précoce, si l'on veut intervenir d'une manière plus ou moins efficace.

Les lésions tuberculeuses et les lésions syphilitiques sont celles qui prêtent le plus à l'erreur; aussi convient-il d'étudier avec soin les caractères qui nous permettent de

les différencier du cancer. Sur une douzaine de cas que M. Morestin a eu l'occasion d'observer à l'hôpital Saint-Louis, où viennent en grand nombre des malades atteints de cancers de la cavité buccale, beaucoup d'entre eux, dit-il, s'y présentent parce qu'ils se croient atteints de lésions syphilitiques, erreur qui malheureusement n'est pas toujours commise seulement par les malades. Plusieurs m'ont été adressés, dit-il, par M. le professeur Fournier, auxquels ils avaient été soumis comme entachés de syphilis.

1° Tuberculose. — a) *Lupus.* Il est exceptionnel qu'il débute par la face muqueuse, il est plus fréquent à la lèvre inférieure, et le plus souvent il n'est que l'extension d'un lupus de la face. De plus, le lupus est serpigineux, et présente autour des noyaux non encore ulcérés, des parties cicatrisées. Il n'y a presque rien de commun avec le cancer de la joue, par conséquent, le diagnostic est facile.

b) *Ulcérations tuberculeuses.* Moins fréquentes à la face buccale de la joue, les ulcérations tuberculeuses ont un siège de prédilection au niveau de la langue. Quand le sujet est tuberculeux, quand il n'y a pas d'induration, quand on voit le semis périphérique de points jaunes, quand les ganglions sont indemnes, le diagnostic saute aux yeux. Mais qu'un ou plusieurs de ces signes fassent défaut, l'erreur deviendra possible et les examens histologique et bactériologique resteront le seul critérium.

2° Syphilis. — a) *Chancre.* Le chancre syphilitique, relativement rare aux lèvres, est plus rare encore à la

langue et à l'amygdale ; il est tout à fait exceptionnel à la face buccale de la joue.

« Le praticien, écrit M. le professeur Tillaux, n'éprouve en général d'hésitation à se prononcer qu'entre le chancre induré et un ulcère épithélial ; mais, outre que ces deux affections ont une physionomie spéciale qui trompe peu quand on les a observées une seule fois, le chancre se présente de préférence chez les jeunes sujets, arrive en quelques jours à un degré d'ulcération que l'induration épithéliale mettrait plusieurs mois à atteindre, et s'accompagne dès le début d'adénopathie sous maxillaire, caractères opposés à ceux de l'épithéliome ». Ces caractères lorsqu'ils sont nets, ne permettent pas, en effet d'erreur de diagnostic; il est des cas difficiles cependant qui nécessiteront toute la perspicacité du praticien.

b) *Accidents secondaires, plaques muqueuses.* Le diagnostic est généralement rendu évident par l'examen des lèvres et de la cavité buccale, où ces plaques muqueuses sont abondantes ; on en trouve encore à l'anus, au scrotum chez l'homme, aux grandes lèvres chez la femme. On peut ajouter à cela l'apparition de la roséole et il sera impossible de songer au cancer, qui est isolé, unique et d'aspect tout différent.

c) *Accidents tertiaires, sclérose et gomme.* La syphilis tertiaire est la source de méprises nombreuses : Dès le début, on peut confondre un épithéliome avec une sclérose syphilitique. Mais cette dernière est, en général, plus large et plus lisse. Quand l'épithéliome commence par une fissure, on peut hésiter avec un syphilome en nappe accompagné d'une ulcération. Mais le syphilome est plus diffus, plus étendu, occupe presque toute

la hauteur de la joue : il y a disproportion entre l'ulcération et l'induration.

Enfin, le sujet syphilitique présente souvent d'autres signes d'infection sur la peau et le squelette.

On peut encore essayer le traitement spécifique dit « pierre de touche », mais il est plus nuisible qu'utile, et il vaut mieux lui préférer l'examen histologique des produits obtenus par le raclage ou par excision.

Les gommes ulcérées typiques, avec leurs bords souples et nets, leur fond bourbillonneux, peu bourgeonnant et peu saignant, leur indolence, ne seront pas souvent méconnues, ne le seront même jamais, si à cela s'ajoutent des fissures de la muqueuse lobulées, des commémoratifs précis, des accidents concomitants. L'hybridité cancréo-syphilitique, décrite surtout par Verneuil et son élève Ozenne, vient compliquer la question. Dans ces conditions, l'aspect objectif est à la fois celui de la gomme et celui du cancer, et c'est alors qu'est indiqué le traitement pierre de touche, pour bien déterminer si, dans la lésion examinée, existe un élément contre lequel il reste impuissant après amélioration initiale.

3° Ulcère simple. — L'ulcère simple est consécutif à une irritation dentaire, à un traumatisme et des gerçures. Pour les gerçures, plus fréquentes aux lèvres et à la langue, rares à la joue, on se guidera sur le peu de durée de celles-ci et sur l'aspect de la plaie qu'elles forment; on se rappellera que le cancer a une durée plus longue, des bords indurés et un peu renversés ; et si l'on suit pendant quelque temps la marche de l'affection, l'erreur ne sera plus possible. Pour l'ulcère simple, l'induration ligneuse du cancer est un des meilleurs signes. Il est vrai

que l'ulcère simple peut s'indurer, être fongueux, s'accompagner d'adénopathie et survenir chez un homme âgé ; il sera alors impossible de se prononcer avant d'avoir arraché le chicot causal et d'avoir observé patiemment les effets de cette extraction. Enfin, au besoin, mieux vaut enlever un ulcère bénin que de laisser évoluer un cancer.

Diagnostic de l'état de la tumeur. — Etant donné qu'il existe un cancer buccal, il faut examiner avec soin les caractères de la tumeur, les adhérences à l'os et aux parties voisines, l'état des ganglions, l'état général du malade, etc. De là, en effet, découlent les indications opératoires et lorsqu'il y a des ganglions suspects, on doit les extirper. La gravité de l'opération en est accrue, bien que l'antisepsie ait apporté un grand progrès à ces larges interventions. Dans d'autres cas, l'examen de la tumeur permet d'affirmer la gravité excessive de l'intervention chirurgicale, son impossibilité même et le malade est abandonné comme inopérable. On ne peut plus lui rendre d'autres services que de le soulager.

PRONOSTIC

« L'épithélioma de la face interne de la joue est une affection grave et d'un triste pronostic : pour notre part, ayant eu, à Montpellier, l'occasion d'en opérer une véritable série, nous n'avons eu que de médiocres résultats. Il comporte les règles ordinaires : diagnostic précoce et extirpation large ; mais, trop souvent, le mal présente, soit localement, soit dans les lymphatiques régionaux, une extension qui prépare la récidive, à brève échéance (1) ». Il aboutit généralement à la mort par cachexie cancéreuse. La cachexie est plus tardive que pour les néoplasmes qui se généralisent, mais elle est constante, due à la douleur et à l'insomnie qui en résulte, à la gêne mécanique de l'alimentation, à la suppuration, à la perte de la salive, aux hémorragies répétées ; et le sujet succombe dans le marasme.

Plus rarement, il est emporté d'une maladie aiguë par une hémorragie (Foucher, Gosselin), par une broncho-pneumonie.

Cet épithélioma, quelle que soit sa localisation, abandonné à lui-même, a une marche envahissante plus ou moins rapide, nécessairement fatale.

---

(1) E. Forgue et P. Reclus.— *Thérapeutique chirurgicale*, t. II, 1898, p. 406.

La chirurgie moderne, heureusement, n'est pas impuissante contre lui, et grâce à elle, si des guérisons complètes n'ont pas été obtenues, au moins l'existence du sujet a-t-elle été prolongée de quelques mois, de quelques années.

« Doit-on les qualifier de guérisons radicales ? Certes, on devra garder toujours une prudente réserve et ne point oublier les repullulations survenues après quelques semaines ou quelques mois avec l'apparence de la santé la plus parfaite. Mais il est difficile de nier le bénéfice que les patients ont tiré de l'intervention (1) ».

« C'est là un résultat important à bien constater, d'autant mieux que, pendant plus ou moins longtemps, les patients ont été débarrassés des douleurs, des sécrétions fétides ».

« C'est à ce point de vue qu'il faut se placer pour juger les indications opératoires. Lorsque l'épithélioma est bien limité, sans adénopathie, personne ne discute : l'ablation s'impose, efficace et facile. Mais quand une grande partie de la joue est envahie et que les ganglions sont pris en masse, l'abstention a ses partisans. Mais la plupart des opérateurs n'hésitent pas à intervenir si l'acte est anatomiquement possible : quelques survies inespérées s'observent, de temps en temps ; et, malgré ces interventions, les troubles fonctionnels ne laissent pas d'être considérables pendant les quelques semaines ou les quelques mois qui suivent ces interventions ».

Les résultats opératoires relativement heureux sont malheureusement rares, exceptionnels même.

Ce qu'il y a de lamentable, c'est que, malgré tout, même après les opérations en apparence les plus complètes, la récidive survient fatalement et à bref délai.

---

(1) Broca.— *Traité de chirurgie*, p. 316.

TRAITEMENT

Les moyens médicaux employés jusqu'à ce jour, ainsi que les cautérisations, doivent être délaissés : les uns n'ayant aucune action sur la maladie, les autres ne faisant que donner un coup de fouet à la lésion.

En fait d'intervention, il n'y a que le traitement chirurgical qui puisse donner de bons résultats. C'est ce traitement que nous allons maintenant exposer :

I. — 1° *Doit-on opérer l'épithélioma de la joue?* On conçoit qu'on ait pu se poser cette question en présence de certains cas dans lesquels il semble que l'opération ait accéléré la marche de la maladie ; mais les faits de ce genre sont exceptionnels, et il ne paraît pas douteux que l'intervention soit utile lorsqu'elle est opportune et complète. Cependant, il faut bien savoir que l'épithélioma de la face interne de la joue est un de ceux qui récidivent le plus fatalement et le plus rapidement, en sorte que, en réalité, la plupart des opérés ne retirent qu'un court bénéfice de l'opération.

2° *Doit-on opérer tous les épithéliomas de la joue?* Certainement non. Il ne faut agir que si l'affection est nettement limitée, si on est certain, par conséquent, d'enlever complètement, et au-delà, la totalité du mal ; dans

les autres cas, il faut s'abstenir et se contenter d'un traitement palliatif. En tenant compte de l'évolution de la maladie, de l'étendue des lésions, de l'état général, il y aura donc beaucoup de ces malades pour lesquels les soins palliatifs seront seuls indiqués. C'est, on peut le dire, le cas de la majorité, au moment où ils se présentent à notre observation.

3° *Comment faut-il intervenir ?* Le chirurgien devra s'inspirer des indications fournies par chaque cas particulier, car il n'existe pas de procédé opératoire applicable à tous les sujets.

L'intervention peut, dans certains cas, être relativement facile, quand, par exemple, la tumeur occupe la partie moyenne de la joue, qu'elle n'adhère pas encore au squelette, que les ganglions sont silencieux, que la peau est respectée. Selon la technique conseillée il y a quelques années par Piéchaud, on peut ne rien sacrifier des téguments ; mais, après les avoir traversés pour extirper le néoplasme, il faut les suturer. Deux de mes malades répondaient à ce type ; ils ont guéri de l'intervention, mais n'ont pu être suivis. Un des inconvénients immédiats de cette opération, c'est la rétraction cicatricielle qui détermine de la constriction des mâchoires.

Des procédés divers peuvent être mis en pratique pour combler la perte de substance génienne à l'aide d'un ou deux lambeaux, pris dans le voisinage, ou à distance, quand on a été obligé de sacrifier toute l'épaisseur de la joue. Je n'en parlerai point, parce qu'ils n'ont rien de particulier au cancer de la joue et parce qu'ils trouvent rarement leur application, en raison du siège et du mode de propagation des lésions.

A) Voici la technique à laquelle nous avons recours *dans le cas d'épithélioma de la muqueuse n'ayant point envahi la peau :*

«Une incision cutanée est menée de la commissure vers la pointe du lobule ; elle est au-dessous du trajet du canal de Sténon, qu'une dissection attentive s'efforcera de ménager. En haut et en bas, la peau est disséquée en deux lambeaux, et nous poursuivons cette dissection en pleines lèvres, supérieure et inférieure, en dedans de la commissure. Nous exposons ainsi largement la lame profonde de la joue, et il est aisé d'exciser cette lame, en dépassant amplement les limites apparentes du mal. Néanmoins, on s'efforcera de conserver, soit en avant, si le canal est reculé, soit en arrière, si le néoplasme a un siége antérieur, ce qui sera absolument sain — ou le paraît — dans la muqueuse : c'est le moyen de diminuer le trismus qui suit forcément les excisions, soit commissurales, soit postérieures. Puis, les lambeaux cutanés sont suturés, la commissure reconstituée soigneusement, la joue bourrée de gaze iodoformée » (1).

La constriction cicatricielle des mâchoires est la suite habituelle de ces larges incisions.

B) *Dans le cas, où l'épithélioma a envahi la peau*, on a recours au « procédé dit des *lambeaux doublés*, qui consiste à insinuer dans la brèche un lambeau cutané pédiculé pris au voisinage, à le fixer à la face cruente en dehors, puis à rabattre sur lui, par la face sanglante, soit les lambeaux géniens, si la peau de la joue est intacte,

---

(1) E. Forgue et P. Reclus. — *Thérapeutique chirurgicale*, t. 2, p. 406.

soit un lambeau cervical, s'il a fallu sacrifier les téguments de la joue » (1).

C) *Quand la tumeur n'est plus circonscrite, que la peau, d'une part, et les parties osseuses, de l'autre, sont envahies,* on est conduit à enlever en bloc : maxillaire, tumeur génienne et masse ganglionnaire sous-maxillaire. La technique que j'ai adoptée, dans les cas de ce genre, est la suivante (2) :

« 1° Tracer deux longues incisions cutanées partant, soit de la commissure labiale, soit l'une de la lèvre supérieure, l'autre de l'inférieure, suivant que leur angle de réunion est ou non respecté, et allant se terminer au-devant du sterno-mastoïdien, à la hauteur de la grande corne de l'hyoïde. Leur trajet est variable, elles sont plus ou moins distantes l'une de l'autre selon l'étendue des téguments qu'il faudra sacrifier.

» 2° Attaque de la tumeur cancéreuse par la région sous-maxillaire. La masse formée par les ganglions et la glande est libérée par dissection, en arrière, en bas et en dedans.

» L'artère faciale est sectionnée, après avoir été vue et pincée préventivement, ainsi que la veine faciale. La masse est laissée appendue au maxillaire, mais séparée soigneusement du plan profond, hyo-glosse, grand hypoglosse et veines. Le digastrique, le mylo-hyoïdien, sont à

---

(1) E. Forgue et P. Reclus. — *Thérapeutique chirurgicale,* t. 2, p. 406.

(2) H. Morestin. — *Le cancer de la joue.* XIII[e] Congrès international de méd., Paris, 2-9 août 1900.

nu dans la plaie, l'artère sous-mentale a été vue, pincée et sectionnée.

» 3° Dissection de la peau sur la lèvre supérieure de la plaie d'en haut. Section antéro-postérieure des plans profonds de la joue au-dessus de la tumeur, libération de l'attache inférieure du masséter.

» 4° Le maxillaire est scié en avant, plus ou moins près de la ligne médiane.

» Généralement, les lésions obligent à reporter cette section jusqu'à la hauteur de l'incisive latérale.

» 5° Le maxillaire est alors porté en dehors, et le plancher buccal sectionné d'avant en arrière.

» 6° Section à la scie de la branche montante dans le sens antéro-postérieur, au-dessus du plan formé par la surface libre des couronnes dentaires.

» 7° Pincement de la dentaire inférieure à son entrée dans le canal osseux. Il faut la saisir avant de détacher le maxillaire ; l'on ne voit pas saigner l'artère.

» 8° Les insertions du ptérygoïdien interne sont alors coupées, et le bloc cancéreux est extirpé d'une seule pièce.

» 9° La muqueuse conservée du plancher buccal est décollée, *libérée* jusque sur la langue, et relevée en haut, fixée par des sutures à la tranche de section de la bande restante de muqueuse génienne. On arrive ainsi habituellement à faire une paroi muqueuse presque complète.

» 10° Il faut, sur ce plan muqueux, mettre un plan cutané. Le rapprochement des lèvres de la plaie peut suffire en raison du vide créé par la perte de substance de la mâchoire, si l'on n'a pas trop sacrifié de peau. Dans le cas contraire, il suffit parfois de décoller la peau sur la joue et vers le cou, pour qu'elle se prête à la suture immé-

diate. Au besoin, des incisions libératrices facilitent grandement ces déplacements. Autrement, il faut recourir aux lambeaux proprement dits.

» Mais si cette opération complémentaire est longue, il n'est pas indifférent, pour le pronostic, de la pratiquer immédiatement ou de l'ajourner. Cette dernière détermination est donc sage dans certains cas. Les interventions réparatrices sont alors pratiquées secondairement. Verneuil, on le sait, recommandait systématiquent les opérations autoplastiques secondaires. Cette pratique doit être recommandée d'une manière générale. Il est bien vrai que l'intervention réparatrice est alors plus simple, et que la brèche à combler a diminué spontanément d'étendue. Mais si l'on peut quelque chose pour ces malades, il faut tâcher de le faire tout de suite. La trêve qui leur est accordée est trop courte, pour qu'on leur fasse attendre ce temps complémentaire.

» Je pense qu'il vaut mieux scier le maxillaire en arrière et non arracher ; on fait un traumatisme bien moindre, on sectionne les nerfs au lieu de les étirer, et l'on s'épargne les hémorragies veineuses résultant de la déchirure des plexus ptérygoïdiens ; la plaie est plus nette et plus étanche.

» On pourrait éventuellement placer un appareil prothétique temporaire à la manière de Martin (de Lyon). Je ne l'ai point fait dans ces cas, tous ceux que j'ai opérés étaient vraiment trop mauvais, et pour ces malades, il ne pouvait guère être question d'avenir. Mais à l'occasion, cette méthode pourrait rendre de grands services.

» *Résultats opératoires.* — Sur les douze malades que j'ai observés, dix présentaient à peu près la forme ana-

tomo-pathologique qui m'a servi de type. J'en ai opéré cinq selon la technique que je viens d'indiquer, les autres étant par trop inopérables. De ces cinq, l'un est mort le jour même. J'avais eu le tort de céder à ses instances et à celles de sa famille, car il était déjà très cachectique ; mais deux fois déjà, on avait empêché son suicide; et voulant absolument en finir coûte que coûte, prévenu des dangers de l'intervention, il la réclamait en suppliant. Les quatre autres ont supporté très bien l'opération ; l'un d'eux a été perdu de vue, les trois autres ont récidivé et ont succombé de trois à huit mois après l'opération. C'est donc sans aucun enthousiasme que je parle ici de traitement opératoire. Ma conclusion n'est pas cependant qu'il faut s'abstenir. Ces malades ont eu une courte survie de mauvais cas.

» Malgré ce qu'il y a de pénible dans cette chirurgie, qui conduit d'une manière habituelle à des insuccès thérapeutiques, on ne peut pourtant pas y renoncer. Nous en sommes là pour tous les cancers, et nous les opérons néanmoins.

» Quelques cas, plus voisins du début, à marche moins accélérée, moins étendus, plus traitables, changeraient sans aucun doute ces résultats, et il ne faut point désespérer d'obtenir de temps à autre, là comme ailleurs, quelque guérison durable. »

II.—2° *Traitement palliatif.* — Dans les cas de cancers inopérables, un traitement palliatif bien dirigé peut rendre de réels services.

On aura soin d'arracher les dents cariées et pointues, d'interdire évidemment l'usage du tabac, d'ordonner des aliments mous et non irritants, de prescrire des lavages

buccaux fréquents, d'appliquer sur les ulcérations détergées des poudres antiseptiques et narcotiques. Butin, par exemple, préconise une poudre où on associe le chlorhydrate de morphine, le borax et l'iodoforme.

Il faudra, de plus, combattre la douleur par des narcotiques appliqués directement sur l'ulcération ou administrés en injonctions hypodermiques. Contre la disphagie, on mettra une sonde à demeure, introduite par l'une des narines ; si l'asphyxie est menaçante, il faudra avoir recours à la trachéotomie.

Enfin, on luttera efficacement contre les hémorragies à l'aide des styptiques, de glace, de la compression sur l'ulcération ou sur la carotide.

OBSERVATIONS

Observation première

(Personnelle)

Epithélioma de la face interne de la joue gauche. — Intervention palliative. — Poussée suraiguë. — Cachexie cancéreuse.— Mort.

G. T..., mon père, âgé de 58 ans, chapelier, habitant Karlovo (Bulgarie).

Antécédents héréditaires. — Mère morte paraplégique à l'âge de 72 ans. Père mort subitement d'une maladie inconnue.

Antécédents personnels.— Rhumatisme articulaire chronique, pas d'alcoolisme, fumeur modéré.

Début de la maladie actuelle il y a seize mois environ. Il s'aperçut qu'*une petite induration* se développait au milieu de la face interne de la joue gauche.

Pendant les six mois qui ont suivi le début de l'induration, le mal a marché d'une façon lente et presque imperceptible, sans douleurs ; le malade n'éprouvait qu'une sensation de corps étranger et quelques picotements provoqués par la fumée du tabac ; c'étaient ces légers symptômes qui attiraient son attention. On ne pouvait penser à aucune autre irritation locale, les dents étant toutes en bon état et très symétriquement implantées. Etat général bon.

Le 25 août 1892, le malade voit le médecin de la ville, qui lui conseille d'entrer à l'hôpital de Karlovo où, comme traitement, on lui fit des cautérisations au nitrate d'argent, répétées tous les deux jours. Au bout de dix jours de traitement exclusivement caustique, le mal, au lieu de s'améliorer, augmenta en surface et en profondeur. De plus, à la suite de l'écoulement de la salive, mêlée au caustique, la commissure correspondante s'ulcère.

Voyant que le mal s'aggravait de jour en jour, le malade demande un traitement plus radical. Pour cela, il entre à l'hôpital de Philippople.

Le 5 septembre, on lui fit une opération qui consista dans l'excision, aux ciseaux courbes, d'une grande partie de la face interne de la joue jusqu'à la peau. L'anesthésie générale n'étant pas possible, on termine l'opération en deux séances, suivies de cautérisation au thermocautère.

Etant donnée la mauvaise situation de la tumeur, l'excision n'a pu être tout à fait complète et les quelques traînées blanchâtres qui s'étalaient en forme d'étoile n'ont pas pu être poursuivies par l'opérateur ; d'autant plus que l'hémorragie qui inondait la cavité buccale rendait l'acte opératoire des plus difficiles.

Pendant les jours qui ont suivi l'opération, les soins les plus hygiéniques ont été pris : aliments liquides, gargarisme au chlorate de potasse, etc. Mais le résultat de cette opération n'a semblé être qu'un coup de fouet donné à la maladie. Une récidive apparaît au bout de quinze jours.

Le 15 septembre, le malade retourne à Karlovo avec une apparence de guérison, mais au bout d'une quinzaine de jours, il s'aperçoit que la tumeur recommence à apparaître, et, un mois après l'opération, la tumeur a comblé tout l'espace excisé.

Le 15 octobre, il vint de nouveau à Philippople, mais la tumeur était déjà très avancée, les ganglions sous-maxillaires envahis, la commissure correspondante ulcérée. Toute la joue gauche présentait une induration en bloc et une grosseur d'une noix faisait proéminence sous la peau à un centimètre de distance de la commissure ulcérée.

Cette grosseur était recouverte d'une peau luisante, de couleur violacée et qui faisait penser à une prochaine perforation de la joue. Jugé inopérable, on lui conseille de retourner dans sa ville et de se contenter tout simplement d'un traitement palliatif, toute opération chirurgicale étant jugée plutôt meurtrière qu'utile. A partir de ce moment jusqu'au dernier jour, le traitement se bornait aux palliatifs.

Depuis, une perforation s'est établie, d'où communication de la face buccale avec l'extérieur.

La salive se déverse à l'extérieur par une large ulcération circulaire à bords irréguliers couverts de bourgeons charnus, et de détritus sphacéliques, saignant au moindre contact. On peut dire que toute la face externe est envahie par une large surface bourgeonnante qui rappelle celle des choux-fleurs.

Par le seul fait de la propagation de l'ulcération, la commissure s'est débridée, et une grande partie de la cavité buccale est mise à nu.

Cette surface ulcérée dégage des émanations d'une fétidité repoussante. La tumeur, sur laquelle elle repose occupe la joue presque entière, limitée en avant par le pli jugo-nasal, en haut os malaire, en arrière branche montante du maxillaire inférieur, en bas la région sus-hyoïdienne latérale. Les lèvres sont tellement écartées l'une

de l'autre qu'elles laissent voir les dents des deux maxillaires, supérieur et inférieur, dont les gencives sont envahies par des bourgeons charnus couverts par une sanie grisâtre. Au centre de cette large brèche, on voit s'écouler la salive mélangée de sanie fétide,

La face interne de la joue ne présente presque pas de points sains, tout fait place à une masse volumineuse, limitée à la partie supérieure au niveau de l'os malaire par un bourrelet épais, dur et bourgeonnant.

L'envahissement a plus de tendance à se faire de haut en bas, vers la région hyoïdienne que d'envahir le fond de la cavité buccale.

Une fois la communication établie entre la cavité buccale et l'extérieur, une fois la commissure débridée, l'alimentation devient difficile et presque impossible, et, ce n'est qu'en se servant de l'aspiration que les aliments liquides sont portés jusqu'au niveau du pharynx et de là, par l'acte de déglutition qui est encore conservé, il peut faire progresser les aliments dans l'œsophage et l'estomac.

L'acte de la mastication n'étant plus possible à cause de cette large brèche, la salive est constamment déversée à l'extérieur ; le nerf dentaire étant envahi, des douleurs atroces apparaissent, déterminant une insomnie persistante.

Bientôt la cachexie s'empare du malade qui meurt le 28 juin 1893, après une inanition complète de 22 jours.

Après la mort, j'examine la région sus-hyoïdienne, couverte par le bloc cancéreux, et je trouve plusieurs perforations des cartilages de la partie supérieure et externe du larynx.

Observation II

(Personnelle. — Service de M. le professeur Forgue)

Epithélioma de la face interne de la joue gauche. — Extension considérable du mal. — Le malade renvoyé de l'hôpital comme inopérable.

L. B..., jardinier, âgé de 57 ans, habitant Nimes, de constitution robuste, entre, le 21 août 1900, à l'Hôpital Suburbain, salle Delpech, n° 27, pour une ulcération siégeant à la face interne de la joue gauche.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — A l'âge de 14 ans, il eut un érysipèle qui a duré quinze jours, sans accidents. A l'âge de 25 ans, il eut une chancrelle du frein de la verge qui a guéri sans d'autres accidents. Depuis l'âge de 20 ans, il était sujet aux aphtes.

Le début de sa maladie actuelle remonte à cinq mois.

Il s'aperçut qu'*une petite grosseur* se développait à la face interne de la joue gauche. Dix jours avant son entrée à l'hôpital, il se fit cautériser au nitrate d'argent. Le mal qui, jusque-là, évoluait très lentement, se mit à progresser activement, de telle sorte que l'ulcération, dans l'espace de dix jours, a débordé la commissure correspondante.

Quand j'ai examiné cet homme, j'ai trouvé une ulcération d'une largeur d'une pièce de 2 francs, de forme circulaire, des bords épais et indurés à leur base, fond ulcéré siégeant exactement au milieu de la face interne de la joue et se propageant vers la commissure labiale corres-

pondante ; ulcération qui présentait tous les caractères d'une tumeur épithéliale. L'exploration digitale n'est nullement douloureuse. Il ouvre la bouche, mange, mâche, sans éprouver la moindre douleur. L'ulcération, qui paraissait avoir pris naissance à la face interne de la joue, au niveau d'une ligne correspondante à la réunion des deux arcades dentaires, n'avait pas dû conserver longtemps cette forme circonscrite sur la muqueuse, sans envahir l'épaisseur de la joue, de sorte que la tumeur faisait une proéminence au dehors, et que, par la simple vue, on saisissait bien que le volume de la joue atteinte l'emportait de beaucoup sur celui du côté sain. Et, par le palper, on sentait très bien cette induration à l'extérieur ; de plus, lorsqu'on commandait au malade de baisser la tête, on sentait, au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure, rouler un ganglion de la grosseur d'un gros haricot.

Tout le reste de la cavité buccale : les maxillaires, les gencives, la muqueuse du plancher, sont dans un état d'intégrité parfait, sauf les dents, qui sont en très mauvais état.

Du côté du néoplasme, les maxillaires sont presque complètement dépourvus de dents, à l'exception d'une prémolaire du maxillaire supérieur qui, par sa forme et sa mauvaise implantation, correspondait exactement à l'ulcération. Les dents correspondantes du maxillaire inférieur manquent complètement du côté malade.

Le diagnostic ne fait aucun doute : il s'agit d'un épithélioma de la joue avec engorgement ganglionnaire ; mais, comme l'extension du mal était très considérable, le malade était renvoyé le 25 août comme inopérable.

Observation III

(Personnelle. — Service de M. le professeur Forgue)

Epithélioma de la face interne de la joue gauche.—Envahissement ganglionnaire des deux côtés. — Opération. — Guérison

P. C..., habitant Montpellier, né à Sumène (Gard), portefaix, âgé de 49 ans.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Pas de maladies antérieures. Pas de maladies de femmes. C'est un buveur ; il ne présente cependant pas de symptômes d'alcoolisme. Gros fumeur, même malgré son mal. Lorsque, le 24 décembre 1900, il entre dans le service de M. le professeur Forgue, salle Delpech, n° 15, il y a dix mois qu'il s'est aperçu d'*une petite égratignure* siégeant à la face interne de sa joue gauche, à quelques millimètres en arrière de la commissure correspondante.

Actuellement, on voit à sa place une large ulcération envahissant la commissure et le tiers externe des rebords muqueux des deux lèvres, supérieure et inférieure. A un travers de doigt en arrière de la commissure, on sent une induration à surface ulcérée, de la largeur d'une pièce de deux francs, à bords indurés et occupant tout le plan profond de la joue. En arrière de cette induration, l'ulcération se propage sur toute la face muqueuse de la joue, et elle est parsemée de petits points blanchâtres dus à une ancienne plaque leucoplasique développée en cet endroit, d'autant plus que toute la face dorsale de la langue est le siège d'une large plaque leucoplasique.

A l'exploration digitale, on sent très bien cette induration, qui n'est point douloureuse, même à la mas-

tication ; ce n'est que la fumée du tabac qui lui fait éprouver un léger degré de picotement.

Les dents correspondant à l'ulcération de la joue sont en très mauvais état. Les gencives ne sont pas envahies ; la tumeur, en somme, a exactement les limites de la joue sans les dépasser.

A l'extérieur, la peau de la joue est saine dans toute son étendue, sauf dans la région proche de la commissure; elle est libre d'adhérences.

De plus,on sent, au milieu de la face externe et près du bord inférieur du maxillaire inférieur, rouler un ganglion du volume d'un gros haricot; au-dessous et en arrière dudit maxillaire, on sent une masse bosselée, immobile, envahissant toute la chaîne ganglionnaire du côté malade; même du côté opposé, on sent deux petits ganglions sous-maxillaires envahis.

Opération (le 10 janvier 1901). — Le malade est anesthésié à l'éther. 1° Une incision de 10 à 12 centimètres est menée parallèlement et au-dessous du rebord du maxillaire inférieur ; les lèvres de l'incision, formées par la peau de la joue, sont disséquées dans un espace de quatre travers de doigt jusqu'au plan profond ; toute la chaîne ganglionnaire, y compris le ganglion mylo-hyoïdien, est disséquée et enlevée en totalité ; les petits vaisseaux qui donnent sont pincés et liés au cours de la dissection ; 2° suture des lèvres de l'incision au catgut ; 3° une incision pareille à la première est faite du côté opposé, avec dissection de deux petits ganglions envahis ; 4° suture de cette seconde incision ; 5° excision du plan profond de la joue : les deux lèvres, supérieure et inférieure, sont pincées avec les pinces tire-balles et tenues écartées par un aide; deux incisions, l'une sur la lèvre

supérieure, l'autre sur la lèvre inférieure, sont faites sur leurs bords muqueux et vont se rejoindre à la commissure correspondante; une troisième incision, de 8 à 10 centimètres, partant de cette commissure, est dirigée vers l'angle du maxillaire, de façon que les trois incisions forment la lettre Y. Dissection rapide des lèvres de l'incision en Y (formées par la peau seule de la joue), dans un espace de trois à quatre travers de doigt; ces deux lambeaux découvrent complètement le plan profond de la joue. Puis, excision, par deux grands coups de ciseau, en haut et en bas, de tout le plan profond autour de la tumeur, en dépassant largement les limites de cette dernière; 6° suture de ces incisions et restauration de la bouche.

L'opération finie, un pansement compressif est fait à la gaze iodoformée. Pas d'accidents pendant l'opération. Le malade sort guéri de l'hôpital.

Observation IV

(Personnelle. — Service de M. le professeur Forgue).

Epithélioma de la face interne de la joue gauche. — Opération. — Guérison depuis 4 ans.

A. A..., négociant en bois, habitant une ville du Gard, âgé de 60 ans, de constitution robuste.

Antécédents héréditaires et personnels. — Nuls.

Etat actuel. — Le malade déclare s'être aperçu il y a trois mois (le 5 mai 1896) que deux ou trois petites rides ou petits plis s'étaient formées à l'intérieur et au milieu de sa joue gauche. Un mois après, il a senti, au toucher de la langue, que les plis devenaient confluents et prenaient la forme d'une pièce de 50 centimes, qui, vers la fin de juillet, a presque triplé de volume; de sorte que la tumeur,

grosse comme une pièce de quarante sous, dure, ulcérée, envahissant toutes les couches profondes et s'étendant sur toute la face interne de la joue, faisait une saillie à l'intérieur de la bouche et que le malade mordait de temps en temps, sans jamais éprouver la moindre douleur.

Le malade consulte son médecin, qui, croyant à une affection épithéliomateuse, l'envoie à l'hôpital de Montpellier, où il entre dans le service de M. le professeur Forgue.

En effet, M. Forgue diagnostiqua un épithélioma de la face interne de la joue et le 1er août 1896, l'opéra ; la technique opératoire est celle de l'observation III. L'opération a très bien marché et les suites furent excellentes ; le 15 août, le malade rentre chez lui guéri, présentant seulement un trismus probablement cicatriciel. Pendant trois mois, ce trismus ne lui permettait qu'un écartement de 6 à 7 millimètres des arcades dentaires. Sept à huit mois après l'opération, il est arrivé à les écarter de 17 à 18 millimètres et, depuis, l'écartement n'a plus dépassé cette limite ; ce qui n'empêche cependant pas le libre fonctionnement de la bouche, tant à la mastication qu'à la phonation.

Depuis l'opération, le malade n'emploie que des gargarismes hygiéniques de la bouche ; il ne ressent absolument rien à l'endroit opéré et présente actuellement une santé excellente.

Observation V

(Personnelle. Service de M. le Professeur Forgue).

Epithélioma de la face interne de la joue droite. — Opération. — Guérison. Récidive sur la cicatrice, neuf mois après l'opération

X..., habitant les environs de Calvisson (Gard), cultivateur, âgé de 67 ans.

Antécédents héréditaires et personnels. – Nuls.

Etat actuel. — Le malade déclare s'être aperçu, il y a six mois, *d'une petite ulcération de la face muqueuse de la joue droite.* M. le docteur Kleinschmidt, son médecin traitant, diagnostique une ulcération épithéliomateuse, siégeant au niveau de l'embouchure du canal de Sténon et développée sous l'irritation continuelle d'un ancien chicot.

Pendant ce temps, le traitement qui lui a été institué se bornait tout simplement aux gargarismes de chlorate de potasse.

Le 5 décembre 1898, il entre à l'hôpital de Montpellier, dans le service de M. le professeur Forgue, qui, le jour même, l'opère. La technique opératoire est celle de l'observation III. Les suites de l'opération étaient bonnes et ce n'est que 9 mois après qu'une récidive apparaît sur la cicatrice. Depuis, le malade a été perdu de vue et il n'y a pas de doute qu'il ne soit mort.

Observation VI.

(Due à M. le docteur Morestin, chirurgien des Hôpitaux de Paris. — Publiée dans le Journal des praticiens, de 1er septembre 1900, nº 35).

Epithélioma de la face interne de la joue gauche. — Extension considérable. Opération impossible (1).

C'est un Belge, de 58 ans, de haute taille et de constitution robuste. Son père serait mort tuberculeux. Lui-même a été soigné pour une pleurésie purulente à l'hôpital Necker, en 1890. On lui fit l'opération de l'empyème, qui amena la guérison.

Il n'a jamais usé de tabac ; il a bien allumé autrefois

---

(1) H. Morestin. — *Journal des Praticiens*, 1er sept. 1900, nº 35.

quelques cigarettes, il s'en accuse spontanément, les interrogatoires multiples auxquels il a été soumis ont fini par les lui remémorer. Mais il en parle comme ce pauvre âne de la fable avouait avoir tondu d'un pré la largeur de sa langue.

Au mois de décembre, il est entré à la Charité, dans le service de M. Tillaux. Les lésions étaient, sans doute, déjà très étendues, car on ne lui proposa aucune intervention.

Sorti de la Charité, il fut pris d'érysipèle de la face qui l'obligea à chercher un refuge à Aubervilliers. Le point de départ de cette complication était, sans aucun doute, la commissure buccale, déjà envahie et ulcérée. Depuis, une perforation s'est établie au centre de la joue, et la salive se déverse à l'extérieur. C'est dans ces conditions qu'il est entré ici le 26 mars 1900, au n° 34 de la salle Saint-Louis. Un simple coup d'œil suffit pour juger de la gravité du cas. Une tumeur considérable occupe la joue gauche, et la déforme de la façon la plus hideuse. Elle est, en effet, largement ulcérée à son centre. Cette ulcération est couverte de bourgeons irréguliers, couverts de détritus sphacéliques et de sanie grisâtre. Au centre de ce cratère, on voit sourdre la salive, entre les mamelons néoplasiques.

L'ulcère est à peu près circulaire, mais ses bords sont irréguliers et en partie cachés par les bourgeons éversés et débordant les limites de la perforation cutanée. Cette surface ulcérée attire tout d'abord le regard et aussi l'odorat, car il s'en dégage des émanations d'une fétidité effroyable, mais ce n'est qu'un détail. La tumeur sur laquelle elle repose occupe la joue presque entière, couvre la face externe et remplit également la région sus-

hyoïdienne latérale. Les lèvres sont entr'ouvertes, elles sont écartées l'une de l'autre par une masse framboisée, d'un rouge violacé implanté sur la commissure, et se continuant dans la profondeur. Les téguments sont manifestement envahis dans presque toute l'étendue du relief de la tumeur; ils présentent une teinte sombre, violacée et sur ce fond se dessinent en grand nombre de petites varicosités étoilées.

Ce sont des indices certains d'une altération déjà très profonde. A la palpation, on reconnaît aisément une plaque d'une dureté ligneuse, adhérente au maxillaire qu'elle entoure, adhérente aussi à la peau qui a perdu toute mobilité. Cette masse, on n'en peut encore déterminer les limites en bas et en arrière.

Elle se termine au voisinage de l'hyoïde et au-devant du sterno-mastoïdien par une surface arrondie.

En avant et en haut, les contours sont moins nets, le néoplasme en voie de diffusion. Cependant, le tiers supérieur de la joue a conservé en grande partie sa souplesse. — Pour être complètement renseigné, il faut avoir le courage d'introduire le doigt dans le vestibule buccal. Vous remarquerez que le malade se soumet très volontiers à cette exploration, qui n'est nullement douloureuse. Bien plus, il ouvre la bouche sans difficulté, et si l'écartement des mâchoires ne présente pas l'amplitude normale, du moins il est possible dans une certaine étendue. Il n'y a donc ni trismus, ni rigidité complète de la joue. La face interne de celle-ci est presque totalement envahie par la tumeur ulcérée. Cependant, en arrière, celle-ci s'arrête au niveau de la dernière molaire; en haut, il persiste une bande muqueuse encore saine en apparence. En bas, il y a fusion avec le maxillaire, et la gencive est

envahie jusqu'aux alvéoles des dents, qui sont, d'ailleurs, dans un état déplorable.

La petite portion, encore saine, de la joue suffit pour permettre aux mâchoires de s'écarter, en raison de la souplesse et de l'élasticité des parties molles.

La muqueuse du plancher buccal est dans un état d'intégrité parfaite.

Le maximum des lésions est à la partie inférieure de la joue. Le malade nous indique bien, d'ailleurs, le cul-de-sac gingivo-génien inférieur comme le point de départ de la lésion.

Il est très remarquable qu'avec de pareilles lésions,cet homme ne souffre en aucune façon. Quelle différence à cet égard avec les néoplasmes du plancher de la bouche ou de la langue. Il peut manger, mâcher même. Son état général commence à s'altérer, depuis surtout qu'il existe une perforation permettant à la salive de se déverser constamment à l'extérieur.

Cet écoulement continu est non seulement la source de grands ennuis, mais c'est encore une cause d'épuisement rapide.

Le diagnostic ne fait malheureusement aucun doute ; il s'agit d'un épithélioma de la joue propagé au maxillaire, les ganglions sous-maxillaires engorgés adhèrent aussi à la mâchoire et se sont fusionnés avec la tumeur primitive.

Son état général, la pâleur caractéristique, l'étendue de la lésion nous indiquent une contre-indication au point de vue chirurgical.

Observations VII et VIII

(Dues à M. le docteur Piéchaud, professeur-agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux).

Deux cas d'épithélioma de la face interne de la joue.
Opération. — Guérison (1).

Le premier cas (Obs. VII).

M. B..., âgé de 60 ans, habitant les environs de Dax; entre en août 1885 à l'hôpital Saint-André, salle 17. Il y a dix-huit mois, il s'aperçut qu'au niveau de la commissure labiale gauche, il avait une petite ulcération, entourée de tissus indurés, et empiétant un peu sur la face interne de la joue correspondante. Malgré les traitements empiriques variés qu'il entreprit, le mal s'étendit sur la muqueuse génienne, et, progressivement, gagna toute sa surface, occasionnant quelquefois des petites hémorragies et provoquant toujours des douleurs, surtout pendant la mastication. Quand nous examinons cet homme, nous trouvons à la commissure une ulcération fort peu étendue, qui n'a pas entamé la peau; mais, dans une zone d'un centimètre et demi autour de la commissure, on découvre une induration bosselée présentant tous les caractères de la tumeur épithéliale.

L'ulcération non seulement occupe la muqueuse voisine de la commissure, mais s'étend à toute la surface interne de la joue, jusqu'à l'apophyse coronoïde en arrière, et de l'arcade dentaire supérieure à l'arcade dentaire inférieure. Les gencives ne sont pas intéressées.

---

(1) *Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris*, 1886, XII (841-845).

La tumeur, en somme, a exactement les limites de la joue, sans les dépasser. Bourgeons durs, fongueux, recouverts d'enduits grisâtres, fournissant sans interruption un ichor fétide ; tels sont les caractères de cette lésion épithéliale.

La peau de la joue est saine dans toute son étendue, sauf dans la région proche de la commissure ; elle est libre d'adhérences, et la palpation fait de suite comprendre qu'il sera facile de tailler en dehors des lambeaux cutanés et d'éviter ainsi une fâcheuse perte de substance.

Le manuel opératoire est décrit dans l'observation suivante.

Le second cas (Obs. VIII)

Le second malade s'est présenté quelques jours plus tard dans des conditions analogues, mais avec une lésion moins étendue.

L'ulcération intéressait peu la commissure, avait envahi seulement la moitié antérieure de la surface interne de la joue, sans empiéter sur les gencives en haut et en bas, et s'arrêtait dans le pli muqueux. A cause de l'importance considérable de la tumeur de mon premier malade, je me trouvais dans la nécessité de faire une opération large pour dépasser les limites de l'épithélioma.

Une telle intervention devait amener une vaste perte de substance, produire nécessairement une hémorragie abondante du côté de la cavité buccale, et rendre ainsi très difficile l'anesthésie que pourtant le malade réclamait avec insistance. Prolonger la fente labiale par une large section comprenant toute l'épaisseur de la joue, ou bien recourir à une incision curviligne remontant vers la branche montante du maxillaire inférieur, et permettant

ainsi de décoller la peau de la région de bas en haut, ne me parurent pas des procédés satisfaisants, d'autant plus que je voulais anesthésier le sujet.

Je m'arrêtai donc au procédé suivant, qui me semblait répondre parfaitement au but que je me proposais.

Sur les dessins fort bien exécutés par M. Tricot, interne, et que je joins à cette observation, on peut voir les quatre temps de cette opération, dont l'exécution n'a pas demandé plus de trois ou quatre minutes :

1° Après anesthésie complète, et à un centimètre et demi en arrière de la commissure, je plonge le bistouri de façon à ne traverser que la peau et les parties saines sous-jacentes, en dehors de la zone indurée, et je prolonge en arrière la section des mêmes tissus jusqu'à la branche montante du maxillaire inférieur ;

2° Sur la partie antérieure de cette incision horizontale, je fais tomber obliquement deux incisions plus petites qui longent, sans l'intéresser, la partie indurée des tissus qui avoisinent la commissure malade, et j'obtiens ainsi la trace de deux lambeaux triangulaires, l'un supérieur, l'autre inférieur. Rapidement disséqués dans le tissu cellulaire et les muscles, ces deux lambeaux découvrent les parties profondes. Quelques ligatures sur la faciale et deux ou trois artérioles, appliquées séance tenante, suppriment tout écoulement de sang.

J'introduis alors le doigt dans la bouche, où pas une goutte de sang ne s'est encore écoulée, — la cavité buccale n'ayant pas encore été ouverte, — et je m'assure que la dissection des deux lambeaux a partout dépassé les limites de l'épithélioma.

Saisissant alors de forts ciseaux, je sectionne oblique-

ment la lèvre supérieure et la lèvre inférieure pour rejoindre les deux premières incisions obliques, de manière à comprendre tous les tissus en avant de l'induration péri-commissurale. Puis, sans hésiter, je poursuis par deux derniers grands coups de ciseaux, en haut et en bas, la section de la muqueuse autour de la tumeur jusqu'au maxillaire en arrière. C'est à peine s'il s'écoule dans la bouche quelques grammes de sang. J'ai pu constater que, dans le cours de cette opération, le canal de Sténon coupé vers sa partie moyenne, ne venait point se perdre sur les bords de ce lambeau ; j'augurai dès lors qu'il n'apporterait aucun obstacle à sa cicatrisation, puisqu'il viendrait s'ouvrir librement non pas au voisinage de la suture, mais beaucoup plus haut.

Toute crainte d'hémorragie écartée par quelques ligatures sur des troncs isolés et peu importants, je fais la suture avec des crins. Les deux incisions obliques antérieures, supérieure et inférieure, se rapprochent de façon à ne faire qu'un trait vertical, et les deux lambeaux cutanés viennent au contact pour tracer une ligne horizontale. L'ensemble a la forme d'un T.

La cicatrisation, très régulière, nous a montré qu'ainsi la joue ne présentait aucune difformité, et que la cicatrice, cachée en grande partie dans la barbe. deviendrait, à un moment donné, presque invisible. Il n'y a point eu de paralysie faciale.

Séduit par le résultat de cette première opération, je n'hésitais pas, quelques semaines plus tard, à recourir au même procédé sur le second malade, dont j'ai très brièvement rapporté l'observation dans les premières lignes de ce court mémoire. Les détails dans lesquels je suis précé-

demment entré me permettent ne ne pas insister davantage sur le manuel opératoire.

Au lieu de prolonger l'incision horizontale jusqu'à la branche maxillaire, je m'arrêtai un peu en arrière du milieu de la joue pour ménager, autant que possible, la muqueuse saine, me proposant, si je le pouvais, de l'amener au contact de la commissure et obtenir ainsi un meilleur et plus prompt résultat.

En effet, les sutures terminées, je renversai doucement la joue en dehors, et, saisissant alors les bords de la muqueuse coupée sur la face interne de la joue, bien certain de n'avoir pas, cette fois, intéressé le canal de Sténon, je l'attirai peu à peu sous la commissure et la fixai à la peau par plusieurs points de suture.

Le résultat, très rapidement obtenu, sans accident, a été des meilleurs. Six jours après, le malade quittait l'hôpital complètement guéri.

La cicatrice, à peine visible, a dû, peu de temps après, disparaître dans la barbe que le malade portait ordinairement assez longue.

Ces deux faits me permettent de tirer les conclusions suivantes :

Anesthésie chirurgicale simple, comme s'il ne s'agissait pas d'une opération étendue sur la bouche ;

Ecoulement de sang dans la cavité buccale nul pendant le premier et le deuxième temps, presque nul pendant le troisième temps ;

Pas de complications opératoires du côté des organes de la région : facial ou canal du Sténon ;

Rapidité de l'opération, quoique portant sur une lésion profonde et étendue.

Résultat excellent au point de vue esthétique.

Observation IX

(Due à M. le docteur Imbert, professeur-agrégé à la Faculté de Montpellier.)

Epithélioma de la face interne de la joue gauche. — Opération. — Guérison.

Homme, âgé de 50 ans environ, présentant à l'angle de la commissure gauche une petite tumeur du volume d'une noix; mais à la face interne de la joue, elle s'étend d'une arcade dentaire à l'autre.

Opération (septembre 1900). Une incision de 10 à 12 c. m. est faite, partant de l'angle de la commissure vers l'angle du maxillaire inférieur, respectant le canal de Sténon et enlevant presque toute la muqueuse. Suture en agrandissant un peu la bouche. Un ganglion sous-maxillaire est enlevé. Guérison.

Observation X

(Bouisson)

G... (Jacques, ex-militaire, 30 ans, ayant fumé avec excès). Cancer de la joue; envahissement graduel de la cavité buccale, d'une moitié de la face, des ganglions sous-maxillaires; hémorragies répétées qui font succomber le malade (1850).

Observation XI

(Bouisson)

M. N...., 65 ans, propriétaire à Saint-Girons, Ariège (habitude de fumer la pipe). Cancer de la joue gauche étendu jusqu'aux gencives et à l'os maxillaire; engorgement ganglionnaire du côté correspondant. Opération impossible. Mort (1852).

Observation XII

(Bouisson)

M. W..., voyageur de commerce, 31 ans, né à Privas, Ardèche (fumeur obstiné). Cancer de la joue droite ; engorgement ganglionnaire. N'a pas pu être opéré (1853).

Observation XIII

(Bouisson)

R...., commissionnaire à Marseille, 48 ans (fumant presque constamment). Cancer de la face interne de la joue gauche, engorgement ganglionnaire. Opération impossible (1857).

Observation XIV

(Bouisson)

M. B..., ancien magistrat, 58 ans (habitude de fumer). Cancer de la face interne de la joue droite, engorgement des ganglions sous-maxillaires correspondants. Opération impossible (1857).

Observation XV

(Bouisson)

J..., ancien militaire, 62 ans, domicilié à Arles. Cancroïde à l'intérieur de la joue provoqué par l'action de fumer continuellement. Cancer de la lèvre inférieure, engorgement des ganglions sous-maxillaires (1858).

Observation XVI

(Bouisson)

C... (Jacques), 57 ans, de Mérindol, Vaucluse (habitude de fumer). Cancer de la face interne de la joue gauche, étendu au rebord gingival du maxillaire inférieur. Opération consistant en une excision des parties saillantes et accessibles à l'action des ciseaux courbes; cautérisations avec le fer rouge (1859).

CONCLUSIONS

L'étude que nous venons de faire nous permet de tirer les conclusions suivantes :

I. — L'épithélioma de la face interne de la joue vient, par ordre de fréquence, après ceux des lèvres et de la langue.

II. — Histologiquement, c'est un épithélioma pavimenteux, lobulé ou tubulé, ou, à la fois lobulé et tubulé.

III. — Les irritations prolongées, produites par la fumée du tabac, la pipe, les dents mal implantées, les chicots, la mauvaise hygiène de la bouche, sont des causes déterminantes de l'épithélioma chez certains prédisposés héréditaires.

IV. — Le pronostic de cet épithélioma étant réellement grave, il est de toute nécessité de faire un diagnostic précoce.

V. — La récidive post-opératoire est la règle presque habituelle.

VI .— Le traitement médical doit être complètement rejeté et considéré comme n'ayant aucune action efficace sur le mal.

VII. — Les caustiques, comme $AzAgO^3$, par exemple, doivent être rigoureusement proscrits. Leur action super-

ficielle n'est qu'un coup de fouet formidable au progrès du mal.

VIII. — Le traitement chirurgical de cet épithélioma est le seul qui soit connu pour donner de véritables résultats.

L'extirpation précoce de la tumeur doit être pratiquée, aussi rapidement et aussi largement que possible ; quoi qu'il en soit, le cancer de la joue est un de ceux dans lesquels l'intervention chirurgicale donne les plus pauvres résultats.

IX. — La cachexie blanche, l'adénopathie, sont des signes de non-intervention chirurgicale.

X. — La perforation de la joue est un très mauvais signe.

XI. — L'hémorragie et l'affection pulmonaire sont des complications qui hâtent la mort.

XII. — Chez les personnes considérées comme inopérables, le traitement palliatif est seul indiqué.

XIII. — Beaucoup plus fréquent chez l'homme que chez la femme ; fréquent entre 51 et 60 ans, rare avant 40 ans et pendant l'extrême vieillesse.

XIV. — Durée de la maladie de 8 à 12 mois, à moins que quelque complication ne survienne.

XV. — Chez les sujets prédisposés par hérédité, il convient de conseiller d'éviter toute cause irritante : le tabac, la pipe courte, la chique, arracher les dents érodées, chicots. Tenir autant que possible une propreté constante de la cavité buccale.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Allaire. — Contribution à l'étude du polyadénome. Paris, 1891.

Bartels. — Tumeurs rares de la joue. *Revue de Hayem*, 1890, 655 p.

Brault. — (*Revue crit.*). *Arch. gén. de méd.* Paris, 1885, II, 689-721.

Brohl. — Carcinome de la muqueuse de la joue. *Deutsch. med. Voch.*, 48, p. 1289, 1894.

Cornil. — Sur la forme des noyaux des cellules épithéliales. *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1889, l. xiv, 520-534.

Cortyl. — Du cancer des fumeurs. Th. de Paris, 1897, n° 158.

Carpette-Laplène. — Les ganglions de la joue. *Anatomie et pathologie*. Th. méd., Bordeaux, 1898-99, n° 84.

Chaintre. — *Lyon Médical*, 24 juin 1888.

Chrétien. — Remarques sur le mode de développement et sur le pronostic de l'épithélioma tubulé. *Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1880, XII, 395-399.

Castueil. — Contribution à l'étude de la pathogénie des cancers. Paris, 1894, 77 p.

Duplay. — Des tumeurs de la joue. *Méd. moderne*, 17 mars 1897.

Forgue (E.) et Reclus (P.). — Thérapeutique chirurgicale, 1898, p. 406, t. ii.

Gazette des Hôpitaux. — Tumeurs malignes de la joue, 11 juillet 1889, n° 78.

Galard (R.). — De l'épithéliome aux divers âges. Th. de Paris, 1892, n° 359.

Humbert (M.). — De l'épithélioma sublingual. Th. Lyon, 1898-99.

Hutin (J.). — De l'épithélioma tubulé. Thèse de Paris 1882, n° 120.

Heurtaux. — Epithélioma tubulé de la joue. Paris, 1880, I bid., 52. *Bull. soc. anat. de Nantes*, 1879.

Juliard. — Contribution à l'étude des néoplasmes des glandes salivaires. Paris, 1898.

Josset. — Cancer de la bouche, la langue... Symptômes, diagnostic, traitement. Londres, 1893, 183 p.

Journal des praticiens. — Revue générale de clinique et thérapeutique, 1er septembre 1900, n° 35.

Kirmisson. — Tumeurs. *Dict. encyclop. des sc. méd.,* 3e série, t. XVIII, 1888.

Kingsford. — Cancer de la bouche. *Lancet,* 12 septembre 1892.

Larabrie (de). — Tumeurs mixtes des glandules de la muqueuse buccale. *Bull. et mém. Soc. de chir.* Paris, 1890.

Lewis. — Epithélioma de la joue. *Journ. of cutan. dis.,* p. 69, février 1890.

Morestin (H.). — Le cancer de la joue. *XIIIe Congrès international de méd.* Paris, 2-9 août 1900.

Morestin (H.). — Le cancer de la joue *Journal des praticiens,* 1er septembre 1900, n° 35.

Mollière. — Sur le pronostic du cancer. *Congrès franç. de chir., proc.-verb.*, etc. Paris, 1888, t. III, 289.

Onanoff. — Sur un cas d'épithélioma (Etude histologique). Th. Paris, 1892, 86 p., n° 219.

Panas. — Pathogénie et pronostic des épithéliomas. *France Méd.* Paris, 1885, II, 1593-1596.

Pajol (G.). — Sur les tumeurs des glandes salivaires. Montpellier, 1893, n° 42.

Perochaud (J.-V.). — Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires. Paris, 1885.

Piéchaud. — Deux cas d'épithélioma de la face interne de la joue, opération, guérison. *Bull. et mém., Soc. de chir. de Paris,* 1886., n. s., VII, 841-845.

Princeteau. — Soc. d'anatomie de Bordeaux, 12 juin 1899.

Poncet. — Guérison d'un cancer épithélial (plancher de la bouche). *Lyon Médical,* p. 255, 19 juin 1887.

Rappin. — Recherches sur l'étiologie des tumeurs malignes. *Gaz. méd. de Nantes,* 1886-87, V (125-128).

Rochet. — De l'épithélioma labial, lingual et jugal, chez la femme. *Province Médicale*, 21 mai, 1887.

Symonds. — Epithéliome de la bouche. *Brit. med. j.* 16 juin 1888.
Thiéry. — Du cylindrome. Thèse de Lille, 25 janvier 1889.
Viguès (G.). — Contribution à l'étude de l'étiologie du cancer. Th. Paris, 1893, n° 314.
Virchow. — Diagnostic et pronostic du cancer. *Arch. f. path. anat.*, XI, I, 1888.
Wilhelmy. — Etude des cylindromes. Thèse de Fribourg, 1895.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 18 janvier 1901.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil
de l'Université,
Ferdinand CASTETS.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 18 janvier 1901.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !